



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Psicomotricidade na Promoção das Competências Pessoais e Sociais

Intervenção Psicomotora em adultos com problemas de Saúde Mental em
Contexto Sócio Ocupacional

**Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora**

Orientadora: Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Júri:

Presidente:

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais:

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Doutora Marta Sofia Pereira dos Reis

Íris Vanessa Brito de Carvalho
2014

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós!”
(Antoine de Saint-Exupéry)

Agradecimentos

Este trabalho foi elaborado por mim, mas a verdade é que se não fossem todos aqueles com quem tive oportunidade de me cruzar ao longo de todo o meu percurso, e que muito apoio me deram, direta ou indiretamente, nada disto teria sido possível, e eu não estaria agora a terminar esta tão importante fase da minha vida. Gostava então de dar os meus mais sinceros agradecimentos aqueles que, à sua maneira, me ajudaram a tornar-me naquilo que sou hoje. Um enorme obrigado...

À minha orientadora académica, a Professora Doutora Celeste Simões, pelo apoio, orientação e pelos muitos conhecimentos transmitidos ao longo deste meu percurso.

À minha orientadora local, a Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação do Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa, Mafalda Príncipe, pela sua disponibilidade, compreensão e experiências transmitidas. Foi um apoio fundamental numa experiência que para mim era completamente nova.

A toda a equipa técnica do Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa, a Psicopedagoga Catarina Malcata, a Psicóloga Mónica Mateus e a Animadora Sociocultural Teresa Almeida, por me terem recebido e integrado como um verdadeiro elemento da equipa. A vossa capacidade de trabalhar em equipa foi e será para mim exemplo para a minha vida futura.

Aos clientes do Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa que acompanhei, e com quem convivi e aprendi bastante. Deixaram em mim um pouco deles, tal como espero ter deixado um pouco de mim. Contribuíram imenso para o meu crescimento enquanto pessoa e enquanto profissional.

Um agradecimento muito especial aos meus pais pelo apoio incondicional e pela confiança que depositaram em mim. Um obrigado também pela paciência. Sem este apoio não teria tido oportunidade de chegar onde cheguei, devendo a eles grande parte daquilo que sou hoje.

À minha irmã pela paciência que teve para me aturar nos dias menos bons. Obrigada pelo apoio e suporte dado, direta ou indiretamente, em todos os momentos da minha vida. Foi muito importante, sem dúvida.

À minha tia Ilda Brito pela preocupação que demonstrou e pelo apoio que me deu neste período da minha vida. É para mim e sempre será um exemplo de força e de que nunca devemos desistir, por maiores que sejam as nossas limitações.

Às minhas amigas, especialmente à minha amiga de infância Susana Santos, pela amizade e apoio incondicional. Um obrigado por estarem sempre presentes, nos bons e nos maus momentos. Foram uma ajuda indispensável para o meu crescimento enquanto pessoa.

Às minhas colegas Bárbara Almeida, Inês Morais e Susana Cardoso, por fazerem parte do meu percurso académico e por se terem tornado amigas para a vida.

Aos meus amigos de quatro patas, pelas longas horas em que me fizeram companhia enquanto elaborava este relatório.

A todas as outras pessoas que direta ou indiretamente me ajudaram a tornar na pessoa que sou hoje e que me fizeram crescer enquanto profissional.

Resumo

O presente relatório de estágio apresenta a descrição da intervenção psicomotora realizada no âmbito da promoção das competências pessoais e sociais, em jovens e adultos com idades compreendidas entre os 17 e os 56 anos, diagnosticados com problemas de Saúde Mental, em contexto sócio ocupacional. Ao longo do estágio foi desenvolvido um trabalho implementado através de sessões de Psicomotricidade orientadas para a promoção de competências pessoais e sociais, com base num programa de intervenção elaborado tendo em conta os resultados obtidos numa avaliação inicial, para os vários contextos de intervenção (ginásio e meio aquático). No final desta intervenção, de forma geral, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o momento da avaliação inicial e a avaliação final, à exceção da Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora (LOFOPT), na qual se verificaram diferenças estatisticamente significativas. No que se refere às causas destes resultados, estas podem ter sido bastante variadas. Assim sendo, serão também discutidos os factores que poderão estar por detrás destes resultados. Ao longo das sessões, o feedback dos clientes foi bastante positivo, revelando uma enorme satisfação e interesse pelas sessões de Psicomotricidade dinamizadas pela estagiária.

No final do relatório é também feita uma apresentação das dificuldades e limitações sentidas, bem como de sugestões para futuras intervenções.

Palavras-chave: Intervenção Psicomotora; Saúde Mental; Esquizofrenia; Perturbação da Personalidade *Borderline*; Perturbação Bipolar; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Síndrome de Asperger; Competências Pessoais e Sociais; Contexto Sócio Ocupacional; Adultos.

Abstract

This internship report presents the description of the psychomotor intervention done in the context of the personal and social competencies in young adults and adults between 17 and 56, diagnosed with mental health problems in a social-occupational context. During this internship the work was developed thru psychomotricity sessions oriented towards the promotion of personal and social competencies, based on the intervention program done regarding the results obtained on an initial evaluation for the various contexts of intervention (gymnasium and water environment). At the end of this intervention, in a general way, there were no significant differences statistically speaking between the initial evaluation and the final one, with the exception of the Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy (LOFOPT) in which there were significant improvements. There could be a various number of causes for these results. These causes will be discussed in the report. During these sessions, the clients feedback was significantly positive, showing a huge satisfaction and interest for the psychomotricity sessions done by the trainee. In the final report are also presented the difficulties and limitation felt as well as the suggestions for future interventions.

Keywords: Psychomotor Intervention, Mental Health, Schizophrenia, Borderline Personality Disorder, Bipolar Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, Asperger Syndrome, Personal and Social Competencies, Social-occupational Context, Adults.

Índice

I.	Introdução.....	1
II.	Enquadramento da Prática Profissional	2
1.	Saúde Mental.....	2
1.1.	Conceito de Saúde Mental.....	2
1.2.	Factores Determinantes da Saúde Mental.....	2
1.3.	Esquizofrenia.....	4
1.3.1.	Contextualização Histórica da Esquizofrenia.....	4
1.3.2.	Definição de Esquizofrenia.....	4
1.3.3.	Sintomatologia da Esquizofrenia	5
1.3.4.	Desenvolvimento da Esquizofrenia	6
1.3.5.	Subtipos da Esquizofrenia.....	6
1.3.6.	Crítérios de Diagnóstico	7
1.3.7.	Alterações segundo o DSM-V	7
1.4.	Perturbações da Personalidade.....	8
1.4.1.	Perturbação da Personalidade Borderline	8
1.4.2.	Alterações segundo o DSM-V	9
1.5.	Perturbações da Ansiedade.....	9
1.5.1.	Perturbação Obsessivo-Compulsiva	10
1.5.2.	Alterações segundo o DSM-V.....	11
1.6.	Perturbações do Humor.....	11
1.6.1.	Perturbação Bipolar	11
1.6.2.	Alterações segundo o DSM-V	12
1.7.	Perturbações do Desenvolvimento	12
1.7.1.	Síndrome de Asperger	12
2.	Intervenção em Saúde Mental.....	13
2.1.	Treino de Competências Sociais	14
2.1.1.	Porquê o Treino de Competências Sociais?.....	16
2.1.2.	Características do Treino de Competências Sociais	18
3.	Psicomotricidade.....	21
3.1.	Psicomotricidade Relacional e Psicomotricidade Instrumental.....	23
3.1.1.	Psicomotricidade Relacional	23
3.1.2.	Psicomotricidade Instrumental	24
3.2.	Intervenção Psicomotora na Saúde Mental	24
4.	Caracterização da Instituição.....	27

4.1.	Associação de Reabilitação e Integração Ajuda – ARIA	27
4.2.	Fórum Sócio Ocupacional.....	28
4.2.1.	Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa.....	29
III.	Realização da Prática Profissional	30
1.	Calendarização	30
1.1.	Horário de Estágio	30
1.2.	Sessões de Psicomotricidade.....	31
1.3.	Sessões de Hidroginástica	31
2.	População Apoiada	32
2.1.	Intervenção Psicomotora em contexto de Ginásio	32
2.2.	Intervenção Psicomotora em Meio Aquático	33
3.	Avaliação	34
3.1.	Instrumentos de Avaliação.....	34
3.1.1.	<i>Checklist</i> de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais (Goldstein, 1980 adaptado por Dinis & Mateus, 2007)	35
3.1.2.	Inventário de Resolução de Problemas Sociais (Dugas, Ladousseur & Freesrton, 1996 traduzido e adaptado por Matos, Simões, Carvalhosa & Reis 1999)	35
3.1.3.	Sistema de Avaliação Comportamental da Habilidade Social (Caballo, 1987 traduzido e adaptado por Dinis & Mateus, 2007)	35
3.1.4.	Teste de Assertividade (Cadogan, 1990 traduzido e adaptado por Antunes & Felisberto, 2005)	36
3.1.5.	Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora – LOFOPT (Coppenolle, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989)	36
3.1.6.	<i>Beck Youth Inventories – Second Edition</i> (Beck <i>et al.</i> , 2005)	37
3.1.7.	Escala de Competências de Comunicação no Relacionamento Interpessoal (Matos, Simões, Carvalhosa & Reis, 1999 adaptado por Antunes & Felisberto, 2005)	37
3.1.8.	Ficha de Observação - Intervenção em Meio Aquático (Dinis & Mateus, 2008 adaptado por Carvalho, 2012)	37
3.2.	Condições e Avaliação Inicial	38
3.2.1.	Intervenção em Ginásio	38
3.2.1.1.	<i>Checklist</i> de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais	38
3.2.1.2.	Inventário de Resolução de Problemas Sociais.....	38
3.2.1.3.	Sistema de Avaliação Comportamento da Habilidade Social.....	39
3.2.1.4.	Teste de Assertividade	39
3.2.1.5.	Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora	39
3.2.1.6.	<i>Beck Youth inventories</i>	40

3.2.1.7. Escala de Competências de Comunicação no Relacionamento Interpessoal	40
3.2.2. Intervenção em Meio Aquático	41
3.2.2.1. Ficha de Observação	41
3.3. Áreas Fortes, Intermédias e Fracas	41
3.3.1. Intervenção em Ginásio	41
3.3.2. Intervenção em Meio Aquático	44
4. Intervenção	44
4.1. Contextos de Intervenção	44
4.1.1. Intervenção em Ginásio	44
4.1.2. Intervenção em Meio Aquático	45
4.2. Planeamento da Intervenção	45
4.2.1. Intervenção em Ginásio	45
4.2.1.1. Objetivos	45
4.2.1.2. Intervenção	48
4.2.1.2.1. Plano de sessão.....	48
4.2.2. Intervenção em Meio Aquático	49
4.2.2.1. Objetivos	49
4.2.2.2. Intervenção	51
4.2.2.2.1. Plano de sessão.....	51
5. Apresentação e Discussão dos Resultados	52
5.1. Intervenção em Ginásio.....	52
5.1.1. <i>Checklist</i> de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais.....	52
5.1.2. Inventário de Resolução de Problemas Sociais	53
5.1.3. Sistema de Avaliação Comportamento da Habilidade Social	54
5.1.4. Teste de Assertividade.....	54
5.1.5. Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora	55
5.1.6. <i>Beck Youth Inventories</i>	57
5.1.7. Escala de Competências de Comunicação no Relacionamento Interpessoal	58
5.2. Intervenção em Meio Aquático	59
5.2.1. Ficha de Observação	59
5.3. Discussão dos Resultados – Análise Crítica.....	59
6. Atividades Complementares.....	61
7. Dificuldades e Limitações.....	66
IV. Conclusão e Perspetivas para o Futuro.....	67

V. Referências Bibliográficas	69
VI. Anexos	74
1. Instrumentos de Avaliação utilizados na Intervenção em Contexto de Ginásio	75
2. Instrumento de Avaliação utilizado na Intervenção em Contexto de Meio Aquático	76
3. Outputs da Avaliação no SPSS.....	77
4. Planeamentos e Relatórios da Intervenção em Contexto de Ginásio	78
5. Planeamentos e Relatórios da Intervenção em Meio Aquático	79
6. Programa de Atividades Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa 2012/2013.....	80
7. Atividades Complementares.....	81
7.1. Atividade de Encerramento do Ano Letivo 2012/2013	81
7.2. Exemplo de Sessão Ginástica Mental.....	81

Índice de Ilustrações

Ilustração 1. Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa - Quinta do Cabrinha, Av. Ceuta	29
Ilustração 2. Entrada da Academia de Fitness e Artes Marciais.....	45
Ilustração 3. Espaço de Intervenção	45
Ilustração 4. Piscina Municipal do Restelo	45

Índice de Tabelas

Tabela 1. Horário de Intervenção Semanal Realizada	30
Tabela 2. Planeamento das Sessões de Psicomotricidade na Academia de Fitness e Artes Marciais	31
Tabela 3. Planeamento das Sessões de Hidroginástica na Piscina Municipal do Restelo	31
Tabela 4. Áreas Fortes, Intermédias e Fracas – Intervenção em Ginásio	44
Tabela 5. Áreas Fortes, Intermédias e Fracas – Intervenção em Meio Aquático.....	44
Tabela 6. Objetivos Gerais e Específicos – Intervenção em Ginásio	48
Tabela 7. Objetivos Gerais e Específicos – Intervenção em Meio Aquático	51
Tabela 8. Avaliação Inicial e Final - Clientes - Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora.....	56

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Número de clientes presentes em cada sessão de Psicomotricidade.....	32
Gráfico 2. Número de sessões de Psicomotricidade em que cada cliente esteve presente	33
Gráfico 3. Número de clientes presentes em cada sessão de Hidroginástica	33
Gráfico 4. Número de sessões de Hidroginástica em que cada cliente esteve presente..	34
Gráfico 5. Avaliação Inicial e Final - Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais	52
Gráfico 6. Avaliação Inicial e final - Inventário de Resolução de Problemas Sociais	53
Gráfico 7. Avaliação Inicial e Final - Sistema de Avaliação Comportamental da Habilidade Social.....	54
Gráfico 8. Avaliação Inicial e Final - Grupo - Teste de Assertividade	55
Gráfico 9. Avaliação Inicial e Final - Grupo - Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora.....	56
Gráfico 10. Avaliação Inicial e Final - Beck Youth Inventories.....	57
Gráfico 11. Avaliação Inicial e Final - Escala de Competências de Comunicação no Relacionamento Interpessoal.....	58
Gráfico 12. Avaliação Inicial e Final - Ficha de Observação.....	59

I. Introdução

O presente relatório de estágio desenvolveu-se no âmbito do estágio profissionalizante do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) do Mestrado de Reabilitação Psicomotora na Faculdade de Motricidade Humana (Martins, Simões e Brandão, 2012).

O estágio profissionalizante tem como objetivos gerais estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às pessoas com situações de Deficiência, Perturbações e Desordens/Distúrbios), nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva e multidisciplinar; desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de intervenção, e desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área (Martins, Simões e Brandão, 2012).

O estágio foi realizado no âmbito das competências pessoais e sociais com jovens e adultos com idades compreendidas entre os 17 aos 56 anos, com problemas de Saúde Mental, em contexto sócio ocupacional. A intervenção foi realizada em contexto de ginásio na Academia de Fitness e Artes Marciais, na Quinta do Cabrinha, e em contexto de meio aquático, na Piscina Municipal do Restelo.

O relatório está organizado em três partes distintas: a primeira parte corresponde ao enquadramento da prática profissional; a segunda parte à realização da prática profissional, e a terceira parte à conclusão e perspetivas de futuro.

No enquadramento da prática profissional é feita uma breve revisão da literatura, seguida da caracterização da instituição onde o estágio foi realizado.

Na segunda parte, a realização da prática profissional, é feita uma breve caracterização da população, dos objetivos e dos contextos de intervenção, seguindo-se a calendarização da intervenção, o seu planeamento e a avaliação, onde são descritos os instrumentos de avaliação utilizados, as condições desta, os resultados da intervenção realizada e a respetiva discussão, as principais dificuldades e limitações encontradas ao longo da intervenção, bem como as atividades realizadas complementarmente.

Na última parte é feita uma reflexão acerca de todo o processo de intervenção, bem como algumas recomendações e perspetivas de futuro.

A intervenção foi realizada em grupo. Uma vez que o grupo era demasiado numeroso, teve que haver uma seleção de um número razoável de clientes que foi alvo de avaliação, embora ao longo da intervenção as sessões fossem abertas à participação de todos. Os planeamentos e os relatórios das sessões encontram-se em anexo em CD.

II. Enquadramento da Prática Profissional

1. Saúde Mental

A Saúde Mental e a Saúde Física são dois elementos da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. Avanços na neurociência e na medicina do comportamento já mostraram que, como muitas doenças físicas, as perturbações mentais e comportamentais resultam de uma complexa interação de factores biológicos, psicológicos e sociais (World Health Organization, 2001).

1.1. Conceito de Saúde Mental

O conceito de Saúde Mental é amplo, o que nem sempre torna fácil a sua definição, ou a identificação daquilo que a determina. No entanto, do mesmo modo que a Saúde não é a ausência de doença, também a Saúde Mental é mais do que apenas a ausência de perturbação mental. Neste sentido, a Saúde Mental tem sido cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem os, acima referidos, factores biológicos, psicológicos e sociais (Alves & Rodrigues, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Saúde Mental como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, podendo fazer face ao *stress* mental da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (World Health Organization, 2001). Segundo a Comissão das Comunidades Europeias (2005), a doença mental inclui perturbações e desequilíbrios mentais, disfuncionamentos associados à angústia, sintomas e doenças mentais diagnosticáveis, como por exemplo, a esquizofrenia e a depressão.

Segundo a Comissão das Comunidades Europeias (2005), a condição mental de cada um é determinada por uma multiplicidade de factores, nomeadamente biológicos (genética, sexo, etc.), individuais (antecedentes pessoais, etc.), familiares e sociais (enquadramento social, etc.) e económicos e ambientais (estatuto social e condições de vida, etc.). Estes factores podem também ser conhecidos como determinantes sociais e económicos da Saúde Mental.

1.2. Factores Determinantes da Saúde Mental

O conhecimento dos determinantes sociais e económicos da Saúde Mental é extremamente importante, na medida em que pode e deve ser integrado na formulação de políticas numa perspectiva de Saúde Pública, contribuindo assim para melhorar a Saúde Mental das populações e reduzir a carga global de doença (Alves & Rodrigues, 2010).

Segundo Alves e Rodrigues (2010), vários estudos têm sido realizados em países com diferentes níveis de desenvolvimento, mostrando que uma grande parte dos determinantes da Saúde Mental é comum, independentemente do nível de desenvolvimento. De entre os factores sociais e económicos que influenciam a Saúde Mental, salientam-se os seguintes determinantes: (1) emprego – a estabilidade laboral, bem como a satisfação no trabalho, estão relacionados com melhores níveis de saúde e bem-estar (World Health Organization, 2010); (2) educação – estudos revelam uma forte associação inversa entre o nível educacional e a ocorrência de doença mental (Patel & Kleinman, 2003), ou seja, quanto maior o nível educacional, menor a incidência de perturbação mental (Araya, Lewis, Rojas & Fritsch, 2003); (3) pobreza – do ponto de vista

epidemiológico, a pobreza traduz-se por um baixo nível socioeconómico, privação, más condições de habitação, desemprego, baixa escolarização e baixa coesão familiar (Saraceno & Barbui, 1997 *cit. in* Alves & Rodrigues, 2010), sendo que estes elementos se associam à doença mental, constituindo factores de risco; (4) habitação – uma habitação condigna proporciona abrigo, não só físico, como também psíquico, sendo tradutor do nível de proteção que a pessoa em causa possui (social, económica, física e psicológica; a qualidade habitacional está também intimamente relacionada com o nível económico, e em alguns estudos verificou-se que pode traduzir de forma mais fiável o grau de pobreza (Patel & Kleinman, 2003); (5) urbanização – existe uma associação entre viver em grandes cidades e ter um maior risco de doença mental, que pode ser explicada por diversos factores de stress e circunstâncias adversas, nomeadamente o enfraquecimento de laços familiares, a sobre população e as inerentes dificuldades no acesso a bens essenciais, estilos de vida menos saudáveis (menor prática de exercício físico, obesidade, ambiente poluído, etc.), maior stress na vivência do quotidiano (meios de transporte sobrelotados, condições de habitação mais precárias, níveis mais elevados de violência), bem como um menor apoio social (World Health Organization, 2001); (6) discriminação sexual e violência de género – a prevalência global de doença mental não difere entre homens e mulheres (World Health Organization, 2001), no entanto, as mulheres têm um risco de sofrer de perturbação mental (por exemplo, depressão, perturbação de ansiedade), duas vezes superior à dos homens (Prince, Patel *et al.*, 2007 *cit. in* Alves & Rodrigues, 2010), o que acontece devido ao facto de o género ter influência sobre muitos dos determinantes da Saúde Mental, nomeadamente na posição socioeconómica, o acesso a recursos, papéis sociais e status); (7) experiências precoces/ambiente familiar – circunstâncias adversas numa fase precoce, nomeadamente a gravidez, podem condicionar défices no desenvolvimento fetal, através de alterações no desenvolvimento neurobiológico, bem como a ocorrência de perturbação mental nas mães (nomeadamente consumo de álcool ou drogas, stress ou depressão materna, que originam estilos de vida pouco saudáveis) pode ter um impacto negativo na saúde dos filhos, com implicações a longo prazo (World Health Organization, 2003); (8) exclusão social e estigma – o desemprego, o racismo, a discriminação e estigmatização podem levar à exclusão social, condição que se associa, pelas múltiplas vulnerabilidades que condiciona, a um elevado risco de doença mental e morte prematura (World Health Organization, 2003); (9) cultura – constitui o enquadramento de muitas patologias, contribuindo para a definição do que é considerado “doença mental” num determinado contexto cultural, servindo também para modular a forma de apresentação da patologia mental; pode também afetar o padrão de procura de ajuda, pelo “rótulo” que associa a algumas das perturbações mentais, bem como pode predispor a doença mental através da geração de tipos de personalidade vulneráveis, criando papéis stressantes, promovendo interações familiares patológicas, através de processos de aculturação, reforçando determinados comportamentos desajustados através da sua aprovação ou sancionando comportamentos mais adaptativos, ou ainda estabelecendo práticas não saudáveis e padrões rígidos de comportamento (Brugha, 1993 *cit. in* Alves & Rodrigues, 2010); (10) acontecimentos de vida stressantes – determinadas circunstâncias, como por exemplo, abuso infantil, violência (familiar, conjugal, em situações de guerra, etc.), doenças crónicas ou lesões incapacitantes, exposição a situações de catástrofe natural, constituem vivências traumáticas que produzem um impacto negativo na Saúde Mental, estando associados a um elevado risco de depressão, ansiedade, perturbação de stress pós-traumático e suicídio (World Health Organization, 2001).

O conhecimento destes determinantes da Saúde Mental é extremamente importante, na medida em que pode e deve ser integrado na formulação das Políticas de Saúde numa perspectiva de Saúde Pública. Assim, poderá contribuir pra melhorar a Saúde Mental das populações e, desta forma, reduzir a carga global de doença (Alves & Rodrigues, 2010).

Com base em dados epidemiológicos recolhidos na última década, tornou-se evidente que as perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com a Saúde Mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e de morte prematura, principalmente nos países ocidentais industrializados (Direção Geral de Saúde, 2012).

1.3. Esquizofrenia

Uma vez que a Esquizofrenia se apresenta como a perturbação com maior prevalência na população em que foi feita a intervenção, será dado especial enfoque à mesma.

1.3.1. Contextualização Histórica da Esquizofrenia

Há cerca de três séculos atrás, os sintomas psicóticos eram considerados como resultado de dominações por forças ocultas. No entanto, a partir do século XX, o movimento de Saúde Mental estabeleceu-se firmemente nas nações ocidentais e a caracterização clínica da Esquizofrenia finalmente foi definida por Emil Kraepelin e Eugen Bleuler (Walker & Tessner, 2008).

Estudos realizados no início do século XIX sugeriam anormalidades cerebrais em doentes com Esquizofrenia. No entanto, estes resultados não revelaram impacto na formulação de teorias acerca desta perturbação (Torrey, 2002).

Na primeira metade do século XX, a literatura relativa a perturbações psicóticas foi dominada por uma distinção cérebro-mente, que originou debates sobre se a Esquizofrenia era um distúrbio biológico ou psicológico. Antes do início da década de 70, a Psiquiatria distinguia distúrbios orgânicos dos funcionais, assumindo que apenas os primeiros eram distúrbios do cérebro (Heath, 1952 *cit. in* Walker & Tessner, 2008).

As psicoses, como a Esquizofrenia, são vistas como distúrbios funcionais. Gradualmente, ao longo do último meio século, abandonou-se a distinção orgânica-funcional, surgindo a ideia de que a Esquizofrenia se trata de um distúrbio cerebral, com etiologias complexas e variadas (Walker & Tessner, 2008).

1.3.2. Definição de Esquizofrenia

Segundo Burton (2006) e o DSM-IV-TR (APA, 2002), a esquizofrenia é uma perturbação mental grave caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas associados a uma evidente disfunção social, psicológica e/ou ocupacional. Esta perturbação envolve também problemas ao nível das funções cognitivas e emocionais, incluindo a perceção, o pensamento inferencial, a linguagem, a comunicação e a monitorização comportamental (Coelho & Palha, 2006).

Trata-se de uma das mais debilitantes perturbações psicóticas (Walker, Kestler, Bollini, & Hochman, 2004). Os sintomas psicóticos implicam uma distorção na apreensão da realidade, que compromete a capacidade de funcionamento do indivíduo. É uma doença geralmente crónica, que aparece, habitualmente, no final da adolescência ou no início da idade adulta (Jobe & Harrow, 2005). Uma vez que os doentes sofrem exacerbações psicóticas agudas, podem necessitar de hospitalização frequente (Burton, 2006).

1.3.3. Sintomatologia da Esquizofrenia

A expressão de sintomas psicóticos associada à Esquizofrenia e a outras perturbações mentais está relacionada habitualmente com a presença de pensamentos delirantes e alucinações, podendo compreender comportamentos e discurso gravemente desorganizados (APA, 2002). Assim sendo, o quadro clínico da doença inclui uma variedade de sintomas como delírios, alucinações, agitação, hostilidade, retirada emocional e social, falta de espontaneidade, pobreza do discurso, assim como um conjunto de efeitos a nível neurocognitivo (Burton, 2006).

Segundo Walker, Kestler, Bollini, e Hochman (2004), os principais domínios de sintomas desta perturbação são (1) o domínio perceptivo, (2) o domínio representativo e (3) o domínio comportamental. A nível perceptivo, o principal sintoma manifestado são as alucinações; a nível representativo são os delírios, e a nível comportamental são movimentos estranhos, posturas e rituais.

De acordo com Wing e Wing (1982), os sintomas positivos típicos traduzem-se por perturbações do pensamento (delírios), da perceção (alucinações), maneirismos, posturas e afeto inapropriados ou incongruentes, enquanto os sintomas negativos revelam-se sobretudo por défices comportamentais, tais como a falta de responsividade emocional, a falta de energia, bem como o isolamento social.

A Esquizofrenia caracteriza-se também por sintomas negativos como embotamento afetivo, pobreza de pensamento e de expressão, falta de iniciativa, falta de motivação, lentidão geral, bem como o elevado isolamento social já acima referido (Burton, 2006).

Segundo Burton (2006), nos doentes com esta perturbação, a gravidade dos sintomas negativos está relacionada com uma maior deterioração da cognição e das capacidades de adaptação (McGurk *et al.*, 2000; Harvey *et al.*, 1996). Além disso, enquanto os sintomas positivos tendem a diminuir de intensidade com o avanço da idade, os sintomas negativos persistem (Fenton & McGlashan, 1991 *cit. in* Burton, 2006).

O défice cognitivo tem sido reconhecido como principal característica da Esquizofrenia, estando associada a uma falha ao nível da atenção, fluência verbal, memória e funções executivas (Tollefson, 1996 *cit. in* Burton, 2006). Este défice é reconhecido como primário e penetrante, sendo independente dos sintomas, e persistindo após a resolução destes (Leis, 1997 *cit. in* Burton, 2006).

Segundo Burton (2006), estes défices podem limitar profundamente as capacidades dos doentes de adquirir, manter ou reaprender habilidades necessárias para um funcionamento eficaz no mundo real (Green, 1996), contribuindo significativamente para um grande défice a nível funcional (Velligan *et al.*, 1997; Friedman *et al.*, 2002).

(Segundo o mesmo autor (Burton, 2006), a qualidade de vida dos indivíduos com Esquizofrenia pode ser afetada por diversos factores, entre os quais estão a gravidade dos sintomas, a idade, os efeitos secundários induzidos por anti-psicóticos, assim como a resposta subjetiva de cada doente à medicação (Mercier *et al.*, 1998; Voruganti *et al.*, 1998; Norman *et al.*, 2000).

De entre os sintomas psicopatológicos, a depressão e a ansiedade parecem estar associados a uma pior qualidade de vida, ao contrário da relação entre os sintomas psicóticos positivos ou negativos e a qualidade de vida, que é mais incerta (Hofer *et al.*, 2004).

Segundo Burton (2006), na Esquizofrenia são comuns sintomas de depressão e ansiedade, que se devem a uma resposta psicológica à doença e acontecimentos adversos de vida (Birchwood *et al.*, 1993). Sinais e sintomas depressivos comórbidos têm grande importância no prognóstico da doença, uma vez que estão associados a piores resultados, a um funcionamento social e profissional comprometidos, a uma pior qualidade de vida, bem como a um aumento do risco de recaída e suicídio (Roy *et al.*,

1983; Birchwood *et al.*, 1993 *cit. in* Burton, 2006). Desta forma, o reconhecimento e o tratamento da depressão e ansiedade em doentes com Esquizofrenia têm uma grande importância clínica.

A introspeção não se caracteriza apenas pela falta de auto-perceção psíquica e consciência que os doentes têm da doença, mas também pela forma com estes são capazes de analisar os seus diferentes níveis de motivação, bem como a capacidade de aceitar novos pontos de vista que prejudicam as suas crenças (Aguglia, Vanna, Onor & Ferrara, 2002). Esta falta de introspeção tem assim um impacto bastante elevado nos doentes com Esquizofrenia (Buckley, Hasan, Friedman & Cerny, 2001).

A maioria dos estudos relativos a esta introspeção parte do pressuposto que a falta de conhecimento é um dos sintomas mais comuns e típicos da Esquizofrenia. Contudo, os doentes não manifestam esta falta de conhecimento em todas as fases da doença, podendo o grau de perceção melhorar durante a terapia e com um evoluir da doença, mesmo que possa ser totalmente inexistente nas fases iniciais da doença (Aguglia, Vanna, Onor & Ferrara, 2002).

1.3.4. Desenvolvimento da Esquizofrenia

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), a idade média de início do primeiro episódio psicótico de Esquizofrenia situa-se entre os 20 e os 25 anos para indivíduos do sexo masculino e entre os 25 e os 30 anos para os indivíduos do sexo feminino. O início pode ser abrupto ou insidioso, mas na maior parte dos casos existe algum tipo de fase indicativa da doença, manifestada pelo desenvolvimento lento e gradual de uma variedade de sinais e sintomas (e.g., retraimento social, perda de interesse pela escola ou trabalho, deterioração da higiene e cuidados pessoais, comportamentos desadequados e ataques de raiva). Por fim, o aparecimento de alguns sintomas da fase ativa marca a perturbação como Esquizofrenia.

Se a perturbação tiver início na infância ou adolescência, mais do que uma deterioração do funcionamento nas áreas habitualmente atingidas pela doença (e.g., relacionamento interpessoal, trabalho, cuidados pessoais) pode existir uma incapacidade para atingir o que seria esperado para o indivíduo (APA, 2002).

Mari e Leitão (2000) indicam que o curso da doença no género feminino tende a ser mais atenuado do que no género masculino, levando a que o seu prognóstico seja mais favorável e exista uma maior probabilidade de adaptação social.

Os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Esquizofrenia apresentam um risco dez vezes maior para a doença do que a população em geral. Embora muitas evidências revelem a importância de factores genéticos na etiologia da Esquizofrenia, os factores ambientais apresentam também alguma importância (APA, 2002).

1.3.5. Subtipos da Esquizofrenia

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), a Esquizofrenia pode apresentar-se essencialmente em 5 subtipos diferentes, em função dos sintomas predominantes, nomeadamente: (1) Tipo Paranóide (presença de ideias delirantes ou alucinações auditivas, sem existir uma significativa alteração cognitiva ou afetiva); (2) Tipo Desorganizado (discurso e comportamento desorganizados, embotamento e inapropriação afetiva); (3) Tipo Catatónico (alteração psicomotora que pode ser manifestada pela imobilidade motora, atividade motora excessiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades dos movimentos voluntários, ecolálias ou ecopraxias; pode também apresentar estereotipias); (4) Tipo Indiferenciado (presença de sintomatologia caracterizada pela presença de sintomatologia característica da Esquizofrenia, mas não preenche os critérios de

diagnósticos dos restantes subtipos), e (5) Tipo Residual (existência de pelo menos um episódio característico de Esquizofrenia, sem sintomas positivos dominantes, predominando os sintomas negativos).

1.3.6. Critérios de Diagnóstico

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), existem 6 critérios de diagnóstico da Esquizofrenia, nomeadamente:

- A. Sintomas Característicos: presença de dois ou mais sintomas durante um determinado período significativo de tempo (1 mês): delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatónico, sintomas negativos
- B. Disfunção social/ocupacional: quando por um determinado período significativo de tempo desde o início da perturbação, uma ou mais áreas importantes do funcionamento (por exemplo, trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais) estão acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início.
- C. Duração: Sinais contínuos da perturbação persistem por pelo menos 6 meses, devendo incluir pelo 1 mês de sintomas que satisfazem o critério A e podendo incluir períodos de sintomas residuais.
- D. Exclusão de Perturbação Esquizoafetiva e do Humor: diagnostica-se Esquizofrenia se os sintomas não tiverem ocorrido simultaneamente com a fase ativa do episódio de Depressão, e caso os episódios de alteração
- E. Exclusão de substância/condição médica geral: a perturbação não pode ser devida aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou estado físico.
- F. Relação com uma Perturbação Invasivo do Desenvolvimento: se existe história de Perturbação Autista ou outra Perturbação do Desenvolvimento, o diagnóstico só se faz se houver a presença de delírios ou alucinações.

Relativamente ao curso da doença, este pode ser: (1) Episódico com sintomas residuais entre episódios; (2) Episódico sem sintomas residuais entre episódios; (3) Contínuo; (4) Episódio único em remissão parcial; (5) Episódio único em remissão completa; (6) Outro padrão ou padrão inespecífico (APA, 2002).

1.3.7. Alterações segundo o DSM-V

No DSM-V, foram feitas duas alterações nos critérios da Esquizofrenia. A primeira alteração é referente à eliminação de uma especial atribuição de Ideias Delirantes Bizarras ou de Alucinações Auditivas Schneiderianas. A segunda alteração é referente aos critérios A presentes. No DSM-IV-TR, era necessária a presença de pelo menos dois dos critérios A (ideias delirantes, alucinações, linguagem desorganizada, comportamento desorganizado ou catatonia, e sintomas negativos). No DSM-V passa a ser necessária a presença de pelo menos dois critérios, sendo que pelo menos um deve ser a existência de ideias delirantes, alucinações ou linguagem desorganizada (APA, 2013b).

A outra alteração verifica-se ao nível dos subtipos de esquizofrenia. Enquanto no DSM-IV-TR, a Esquizofrenia se dividia em Tipo Paranóide, Tipo Desorganizado, Tipo Catatónico, Tipo Indiferenciado e Tipo Residual, no DSM-V surge uma nova Abordagem Dimensional de Classificação da Gravidade dos Sintomas Nucleares (Secção III) (APA, 2013b).

Ocorreram também alterações ao nível da definição de Perturbação Esquizoafetiva. No DSM-IV-TR, esta era definida como “um período contínuo de doença durante o qual se apresenta, em algum momento, um episódio depressivo major, maníaco ou misto em simultâneo com sintomas do critério A para a Esquizofrenia”. No DSM-V, esta passa a ser definida por “um período de doença durante o qual se observa, durante a maior parte do

tempo, um episódio de alteração major de humor em simultâneo com sintomas do Critério A para a Esquizofrenia” (APA, 2013b)

No que diz respeito à Perturbação Delirante, surgiram alterações ao nível do Critério A, nomeadamente as Ideias Delirantes Não Bizarrras, que no DSM-V passam a Ideias Delirantes Bizarrras. Surge também um novo critério de exclusão, em que os sintomas não podem ser explicados por Perturbações Obsessivo-Compulsivas ou Perturbações de Dismorfia Corporal, com crenças delirantes/ausência de *insight*. No DSM-V é também abolida a separação entre Perturbação Delirante e a Perturbação Delirante Partilhada (APA, 2013b).

No que diz respeito à Catatonia, no DSM-V os critérios passam a ser iguais em todos os contextos, havendo a necessidade de existência de pelo menos três dos doze sintomas característicos. No DSM-V, a catatonia pode também ser diagnosticada como um especificador de Perturbação Depressiva, Perturbação Bipolar, e de outras desordens psicóticas, ou como um diagnóstico específico no contexto de outra condição médica, ou como outro diagnóstico especificado (APA, 2013b).

1.4. Perturbações da Personalidade

As Perturbações da Personalidade estão associadas a formas de pensar e sentir sobre si próprio e sobre os outros que o rodeiam, de forma significativa e que afeta o indivíduo em vários aspetos da sua vida (APA, 2013c). Este tipo de perturbação refere-se a um padrão persistente de vivência interior ou comportamental que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é invasivo e inflexível, tem início na adolescência ou começo da idade adulta, sendo estável ao longo do tempo e provoca sofrimento (APA, 2002).

As Perturbações da Personalidade subdividem-se em: (1) Perturbação da Personalidade Paranóide, (2) Perturbação da Personalidade Esquizóide, (3) Perturbação da Personalidade Esquizotípica, (4) Perturbação da Personalidade Anti-Social, (5) Perturbação da Personalidade Borderline, (6) Perturbação da Personalidade Histriónica, (7) Perturbação da Personalidade Narcisista, (8) Perturbação da Personalidade Esquiva, (9) Perturbação da Personalidade Dependente e (10) Perturbação da Personalidade Obsessivo-Compulsiva (APA, 2002).

Uma vez que a Perturbação da Personalidade Borderline se apresenta como a única Perturbação da Personalidade existente no grupo em que foi realizada intervenção, será dado um especial enfoque à mesma.

1.4.1. Perturbação da Personalidade Borderline

A Personalidade Borderline é uma grave perturbação mental, com um padrão característico de instabilidade na regulação do afeto, no controlo de impulsos, nos relacionamentos interpessoais e na imagem de si mesmo. Apesar de ser pouco divulgada relativamente às restantes perturbações, afeta cerca de 1 a 2% da população geral, 10% dos pacientes psiquiátricos e 20% dos internados em hospitais, sendo que a maior parte dos indivíduos afetados (até 70%) corresponde a mulheres (Carneiro, 2004).

Segundo Carneiro (2004), o quadro da perturbação engloba algumas manifestações típicas de várias perturbações psiquiátricas, tais como a Esquizofrenia, a Depressão, a Perturbação Bipolar. A Perturbação da Personalidade Borderline é, portanto, uma mistura de sintomas menos acentuados de diversas perturbações.

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), a Perturbação da Personalidade Borderline caracteriza-se por um padrão invasivo de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, autoimagem e afetos, bem como uma acentuada impulsividade, que começa no início da

idade adulta e está presente numa variedade de contextos, como está indicado nos seguintes critérios:

1. Esforços frenéticos para evitar um abandono real ou imaginado;
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização;
3. Perturbação da identidade, caracterizada por uma instabilidade acentuada e resistente da autoimagem ou do sentimento de si próprio;
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (e.g., gastos financeiros, sexo, abuso de substâncias, comer compulsivamente);
5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento auto mutilante;
6. Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor (e.g., episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade que geralmente duram algumas horas e apenas raramente mais de alguns dias);
7. Sentimentos crónicos de vazio;
8. Raiva inadequada e intensa, ou dificuldade em controlar a raiva (e.g., demonstrações frequentes de irritação, raiva constante, lutas corporais recorrentes);
9. Ideação paranóide transitória e relacionada com o *stress* ou severos sintomas dissociativos.

Várias causas são apontadas para a origem desta perturbação. Acredita-se que, além do forte componente genético, experiências traumáticas, como abuso sexual e negligência, que causariam a desregulação emocional e a impulsividade, levando a comportamentos disfuncionais, défices e conflitos psicossociais, que por sua vez agravam a desregulação, terão também uma grande influência no aparecimento desta perturbação (Carneiro, 2004).

1.4.2. Alterações segundo o DSM-V

No que diz respeito às Perturbações da Personalidade, no DSM-V surgiu uma Nova Abordagem Alternativa ao Diagnóstico (Secção III). Do capítulo das Perturbações de Personalidade, no DSM-V passam a fazer parte as Perturbações de Comportamento Disruptivo, de Controlo do Impulso e as Perturbações de Conduta. Este capítulo passa então a reunir perturbações que anteriormente estavam incluídas no capítulo dos Transtornos geralmente Diagnosticados na Primeira Infância, Infância e Adolescência, e no capítulo das Perturbações de Controlo do Impulso (APA, 2013b).

1.5. Perturbações da Ansiedade

As Perturbações da Ansiedade são caracterizadas pela presença de uma constante e excessiva preocupação e uma ansiedade difícil de controlar. (NIMH, n.d.). Este tipo de perturbação pode desenvolver-se a partir de um conjunto de factores de risco, como a genética, a química cerebral, a personalidade e as situações de vida, existindo uma combinação de agentes biológicos e ambientais (ADAA, 2010).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), as Perturbações da Ansiedade subdividem-se em (1) Agorafobia, (2) Ataque de Pânico, (3) Perturbação de Pânico sem Agorafobia, (4) Perturbação de Pânico com Agorafobia, (5) Agorafobia sem história de Perturbação de Pânico, (6) Fobia Específica, (7) Perturbação Obsessiva-Compulsiva, (8) Perturbação de Stress Pós-Traumático, (9) Perturbação de Stress Agudo, (10) Perturbação da Ansiedade Generalizada, (11) Perturbação da Ansiedade devido a uma Condição Médica Geral, (12)

Perturbação da Ansiedade Induzida por Substâncias, e (13) Perturbação da Ansiedade Sem Outra Especificação.

Dado que a Perturbação Obsessivo-Compulsiva se apresenta como a única Perturbação da Ansiedade existente no grupo em que foi realizada intervenção, irá ser dado um especial enfoque à mesma.

1.5.1. Perturbação Obsessivo-Compulsiva

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) é definida por obsessões e/ou compulsões recorrentes que causam sofrimento ao doente, prejudicando assim as suas rotinas diárias, o seu emprego e o seu funcionamento social e físico, bem como a qualidade de vida em geral (APA, 2002).

Os comportamentos obsessivo-compulsivos são tão complicados, repetitivos e envolventes que geralmente interferem, de uma forma angustiante, na vida de qualquer indivíduo que os apresente, fazendo por vezes acompanhar-se de um enorme desespero (Vaz Serra, 2001).

As obsessões incluem pensamentos intrusivos, ideias, imagens ou impulsos que invadem a mente humana, independentemente da sua vontade, causando assim uma angústia significativa. Estes fenómenos são experienciados como estranhos e desagradáveis, perturbando e contrariando o sujeito, uma vez que este dificilmente consegue afastá-las (APA, 2002).

Os comportamentos compulsivos são antecidos por diversos tipos de preocupações, nomeadamente: preocupações genéricas sobre sujidade ou medos de contrair uma doença, preocupações constantes relacionadas com a possibilidade de que possa acontecer algo temível ou desagradável (Macedo & Pocinho, 2007), receios angustiantes de forma inevitável e involuntária de poder cometer um ato desapropriado, repugnante, imoral ou criminoso, extrema lentidão e escassa ansiedade, em que todas as atividades diárias são usualmente executados de forma lenta e minuciosa (Maia, 2007), como necessidade de ordenar, arrumar ou colocar as coisas de modo “perfeito”, atenção excessiva com a possibilidade de estar ou ficar doente, bem como uma preocupação excessiva com a probabilidade de vir a cometer algum ato agressivo ou censurável de conteúdo físico ou sexual (Macedo & Pocinho, 2007).

Segundo Woodruff e Pitts (1964) citado por Macedo e Pocinho (2007), existem seis tipos de obsessões, que são: ideias, imagens, convicções, ruminações, impulsos e medos. Para estes autores, as obsessões são pensamentos repetitivos, suscetíveis de interromper o normal curso do pensamento, podendo surgir através de palavras, frases de conteúdo absurdo e/ou violento, entre outros.

As compulsões são comportamentos estereotipados (motores ou mentais) repetitivos e indesejados (Luz, 2012) e são uma forma de alívio da ansiedade e da aflição causadas pelas obsessões (Soares Neto, Teles & Rosa, 2011), tornando-se num ciclo vicioso difícil de ser interrompido.

Normalmente, as compulsões ou são excessivas ou não têm uma conexão realista com aquilo que pretendem extinguir ou evitar (APA, 2002), não sendo agradáveis para o doente, que apesar de tudo as encara como um modo de prevenir determinados acontecimentos objetivamente improváveis. Existem diversos tipos de compulsões, sendo os mais frequentes os rituais de limpeza e de verificação (Macedo & Pocinho, 2007). O doente consegue reconhecer que o comportamento é inadequado e irracional, apesar de dificilmente o conseguir evitar (APA, 2002).

Para além da interferência nas várias atividades, esta perturbação torna-se incómoda e angustiante não só para os doentes, mas também para os seus familiares (Macedo & Pocinho, 2007).

Apesar de ainda não serem bem conhecidos os mecanismos fisiopatológicos envolvidos nesta perturbação, nem a sua verdadeira etiologia, os dados empíricos obtidos ao longo

das últimas décadas (Black, 1996 *cit. in* Macedo & Pocinho, 2007) indicaram que o distúrbio apresenta um carácter familiar.

1.5.2. Alterações segundo o DSM-V

No DSM-V a Perturbação Obsessivo-Compulsiva passa a estar incluído no capítulo da Perturbação Obsessivo-Compulsiva e outras perturbações relacionadas. A Perturbação de *Stress* Pós Traumático e a Perturbação de *Stress* Agudo passaram a estar incluídas no capítulo das Perturbações de Trauma e Relacionadas com o *stress*. No entanto, a ordem sequencial destes capítulos no DSM-V reflete as relações estreitas entre eles (APA, 2013b).

1.6. Perturbações do Humor

O humor pode sofrer alterações de dois modos: uma elevação anormal do humor acompanhada de mudanças comportamentais (mania) ou um humor “baixo” (depressão) (Persad, 1988 *cit. in* Meireles & Cameirão, 2005).

As Perturbações do Humor são assim caracterizadas por explosões de temperamento graves e recorrentes, que variam em intensidade, duração e frequência (APA, 2013a), existindo quatro tipos de episódios de alteração do humor: (1) Episódio Depressivo Major, (2) Episódio Maníaco, (3) Episódio Misto e (4) Episódio Hipomaníaco (APA, 2002). As Perturbações do Humor podem assim dividir-se em Perturbações Depressivas, Perturbações Bipolares, Perturbações Baseadas na Etiologia e Perturbações do Humor sem outra Especificação (APA, 2002).

Dado que a Perturbação Bipolar se apresenta como a única Perturbação do Humor presente no grupo em que foi realizada intervenção, será dado um especial enfoque à mesma.

1.6.1. Perturbação Bipolar

A Perturbação Bipolar é um dos mais graves tipos de perturbação mental com importante factor genético, cuja herança se caracteriza por mecanismos complexos de transmissão envolvendo múltiplos genes que estão sob influência de inúmeros factores ambientais (Michelon & Vallada, 2005). Esta perturbação manifesta-se em episódios oscilantes entre depressão maior e mania, no caso do Transtorno de Humor Bipolar Tipo I, ou hipomania, no Transtorno de Humor Bipolar Tipo II (Basco, McDonald, Merlock & Rush, 2004), durante os quais podem ocorrer mudanças extremas tanto no estado de ânimo, como ao nível da cognição e do comportamento (Ramirez-Basco & Thase, 2003 *cit. in* Matta, Yates, Silveira, Bizarro & Trentini, 2010). A distinção entre a mania e hipomania está na intensidade dos sintomas, sendo a mania caracterizada pelo humor persistente e anormalmente elevado, expansivo ou irritável, associados à grandiosidade, necessidade diminuída de sono, pressão para falar, fuga e ideias, distratibilidade, aumento da atividade dirigida a objetivos ou agitação psicomotora, bem como envolvimento excessivo em atividades prazerosas (Matta, Yates, Silveira, Bizarro & Trentini, 2010). A mania costuma ser mais prejudicial ao funcionamento social e ocupacional do paciente (Moreno, Moreno & Ratzke, 2005), frequentemente levando ao internamento, enquanto a hipomania é mais branda e menos incapacitante. A hipomania envolve euforia e irritabilidade, além de hiperatividade, diminuição da necessidade de sono, aumento da sociabilidade, aumento de atividades físicas e da busca por atividades prazerosas (Moreno, Moreno & Ratzke, 2005), embora esses sintomas sejam menos nocivos para o funcionamento do paciente, a crítica permaneça preservada (Neto, Yacubian, Scalco &

Gonçalves, 2001 *cit in* Matta, Yates, Silveira, Bizarro & Trentini, 2010) e a duração do episódio seja menor (Moreno, Moreno & Ratzke, 2005).

Além dos clássicos episódios de mania, hipomania e depressão, há ainda episódios mistos, ou seja, episódios em que ocorrem sintomas tanto característicos das fases de mania/hipomania como da depressão. A ocorrência de sintomas psicóticos tendem a ser um indicador de gravidade do episódio nas diferentes fases da doença, assim como a alta frequência destes episódios tende a marcar a cronicidade da doença (Goodwin & Jaminson, 1990 *cit. in* Rocca & Lafer, 2006).

Tendo em conta a prevalência, morbilidade e mortalidade, a Perturbação Bipolar constitui um importante problema de saúde pública, comprometendo o desempenho social e ocupacional dos pacientes (Altshuler, 1993 *cit. in* Rocca & Lafer, 2006).

1.6.2. Alterações segundo o DSM-V

De modo a melhorar a precisão do diagnóstico e facilitar a deteção precoce em contextos clínicos, o Critério A para episódios maníacos e hipomaniacos, no DSM-V, passou a dar uma ênfase especial às mudanças ao nível da atividade e energia, assim como do humor. O diagnóstico do DSM-IV-TR de perturbação bipolar I, episódio misto, que requeria que o indivíduo satisfizesse simultaneamente os critérios para mania e episódio depressivo major, foi removido, não constando do DSM-V. Em alternativa, surgiu um novo especificador, com características mistas. Este novo especificador pode ser aplicado a episódios de mania ou hipomania, quando estão presentes características depressivas, e a episódios de depressão no contexto de perturbação depressiva major ou perturbação bipolar quando estão presentes características de mania/hipomania (APA, 2013b).

1.7. Perturbações do Desenvolvimento

As Perturbações do Desenvolvimento traduzem-se em dificuldades cognitivas e/ou físicas que podem aparecer em qualquer momento do desenvolvimento do indivíduo até aos 22 anos, mantendo-se ao longo da vida e comprometendo as suas atividades de vida diária ao nível da linguagem, mobilidade, aprendizagem e autonomia (AIA, 2012; ICI, 2000). Estas perturbações podem dividir-se em (1) perturbações gerais, onde todos os aspetos do desenvolvimento e cognição estão afetados, sendo que em graus de gravidade diferentes (e.g. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento e Perturbações do Espectro do Autismo), e (2) perturbações específicas do desenvolvimento que têm comprometidas áreas específicas do desenvolvimento (e.g., Dificuldades de Aprendizagem e Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção) (Matos, 2009).

Dentro de todas as perturbações do desenvolvimento existentes, apenas vai ser abordada de um modo um pouco mais pormenorizado a Síndrome de Asperger, como fazendo parte das Perturbações do Espectro do Autismo, uma vez que no grupo de intervenção existiam dois clientes diagnosticados com esta perturbação.

1.7.1. Síndrome de Asperger

O termo Síndrome de Asperger (SA) foi utilizado pela primeira vez em 1981 por Lorna Wing. Em 1994, com Hans Asperger, os critérios de diagnóstico foram reconhecidos no DSM-IV, onde esta perturbação é considerada como um subgrupo das PEA (Teixeira, 2005; Attwood, 2006). Nesta altura, Asperger observou um grupo de crianças que apresentavam maiores capacidades e que desenvolviam competências ao nível da comunicação verbal e da socialização (Attwood, 2006).

Segundo a Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger (APSA, 2010), a SA afeta o modo como uma pessoa comunica e se relaciona com os outros, existindo dificuldades

em três áreas: a Comunicação, a Interação Social e o Pensamento Abstrato. Ao contrário de muitas pessoas com autismo, os indivíduos com SA têm problemas de linguagem em menor escala, falam mais fluentemente e têm um quociente de inteligência médio ou mesmo acima da média (APSA, 2010; Teixeira, 2005).

2. Intervenção em Saúde Mental

No tratamento da Esquizofrenia, os objetivos gerais são a redução da gravidade dos sintomas psicóticos, prevenção do reaparecimento dos episódios sintomáticos, prevenção e deterioração do funcionamento do indivíduo, bem como apoio ao indivíduo de modo que este tenha um funcionamento ao máximo nível possível (Matos, Bragança & Sousa, 2003).

Relativamente à intervenção neste tipo de perturbação, esta tem como objetivos permitir uma reinserção e integração social do cliente, diminuir as incapacidades resultantes da própria doença, prevenir a deterioração do funcionamento do indivíduo, diminuir o número de recaídas e de internamentos hospitalares, proporcionar uma maior autonomia socioeconómica, melhorar o desempenho dos papéis sociais, melhorar a qualidade, bem como o grau de auto satisfação do cliente. Tendo em conta todas as características, é necessária uma intervenção abrangente, que englobe terapêutica farmacológica, psicoterapêutica, familiar, social, psicoeducativa e ocupacional (Afonso, 2002).

Seguem-se algumas abordagens terapêuticas, utilizadas em indivíduos com Esquizofrenia, entre as quais as Psicoterapias, a Psicomotricidade, o Treino Cognitivo e o Treino de Competências Sociais.

Dentro das Psicoterapias está incluído, entre outros, o Modelo Psicodinâmico, a Intervenção Familiar e a Terapia Cognitivo-Comportamental.

O Modelo Psicodinâmico afirma que há uma influência de factores genéticos, ambientais e de formação familiar no desenvolvimento de psicoses. Considera que, se o tratamento preconizar uma compreensão dos conflitos e uma melhoria das funções do Ego, os pacientes tornam-se relativamente resistentes ao processo esquizofrénico (Grotstein, 1995, *cit. in* Gabbard, Beck & Holmes, 2005). A terapia deve permitir ao paciente que fique apto para lidar com os seus sentimentos e com os significados que os sintomas psicóticos têm nele. Deve ajudar a parte não psicótica do indivíduo, para manter consciente a existência de uma parte psicótica da personalidade e dos sentimentos dolorosos de perda, frustração e inveja. O terapeuta deve trabalhar de forma a integrar os sentimentos negativos da personalidade do indivíduo, para que seja possível a expansão das capacidades não psicóticas (Holmes, 2001, *cit. in* Gabbard, Beck & Holmes, 2005).

A Intervenção familiar é uma abordagem terapêutica, com inspiração predominantemente sistémica, que pode ser realizada em grupos de familiares, com uma família, ou em grupos de família (Birchwood *et al.*, 1997, Johannessen *et al.*, 2001, McGorry *et al.*, 2002, *cit. in* Gabbard, Beck & Holmes, 2005). Tem como objetivos conseguir melhores resultados clínicos e funcionais para a pessoa com doença mental, aliviando o sofrimento dos membros da família, apoiando-os nos seus esforços para potenciar a reabilitação da pessoa de quem cuidam, complementando a intervenção farmacológica (Birchwood *et al.*, 1997, Johannessen *et al.*, 2001, McGorry *et al.*, 2002, *cit. in* Gabbard, Beck & Holmes, 2005).

A Terapia Cognitivo-Comportamental é um modo de intervenção baseado em teorias cognitivas e nas teorias behavioristas, que enfatiza os pensamentos do paciente e a forma como este interpreta o mundo, explora os diferentes níveis de organização mental

e procura corrigir distorções cognitivas que estão na base dos seus problemas (Gabbard, Beck & Holmes, 2005). O processo de intervenção deve ser lento, podendo as sessões ser gravadas e existir um diário de voz e um cronograma de atividades. O terapeuta deve ser sincero, promovendo a normalização da situação e a destigmatização, dando importância aos antecedentes dos sintomas psicóticos (Gabbard, Beck & Holmes, 2005).

A Psicomotricidade, como forma de intervenção sistémica, é por si só, um recurso fundamental para responder a muitas situações onde a adaptação está comprometida e onde existe a necessidade de uma compreensão interligada do funcionamento do sujeito nos seus vários domínios comportamentais (motor, afetivo, cognitivo, simbólico, psicolinguístico e social). Desta forma, a Terapia Psicomotora considera que as potencialidades motoras emocionais e mentais de um indivíduo estão em constante interação e integração, sendo o corpo, por seu turno, a entidade e o palco de manifestação de todo o ser. A Psicomotricidade permite então associar, dinamicamente, o ato ao pensamento, o gesto à palavra e as emoções aos símbolos, através do movimento inteligente e psiquicamente elaborado e controlado (Fonseca, 2001). Este modo de intervenção irá ser explorado mais à frente com maior detalhe, uma vez que é a base da intervenção realizada.

O Treino Cognitivo pode ser categorizado em três abordagens (Sohlberg & Matter, 2001, *cit. in* Nascimento, Carvalho & Costa, 2008), que são: abordagem de estimulação geral (materiais de treino cognitivo sem uma orientação teórica específica), abordagem de adaptação funcional (treino específico de funções cognitivas em contexto funcional), e abordagem de processo específico (atividades de treino organizadas hierarquicamente e dirigidas a componentes específicos de processos cognitivos). A estimulação das funções cognitivas faz-se por meio de exercícios relacionados com situações do quotidiano. O indivíduo é então incentivado a concentrar-se, interagir, raciocinar, entender o discurso corrente daquela situação, expressando sentimentos e pensamentos, e tomando decisões (Nascimento, Carvalho & Costa, 2008).

O Treino de Competências Sociais consiste numa intervenção na área do comportamento social, que pressupõe uma potenciação das capacidades pessoais e relacionais dos indivíduos, através da aquisição de novas competências sociais, em detrimento da intervenção em que se tentava minimizar os comportamentos inadequados (Goldstein *et al.*, 1980, *cit. in* Matos, 1997). Também Vaughn, McIntosh e Hogan (1990) citado por Matos (1997) reforçam esta ideia, sublinhando a importância de uma intervenção cujas estratégias visem a generalização das competências adquiridas ao contexto relacional do indivíduo. Segundo Matos (1998), de uma forma geral, os programas de Treino de Competências Sociais têm como objetivos: otimizar a comunicação interpessoal verbal e não-verbal; identificar e resolver problemas sociais; negociar e gerir conflitos; ensinar competências sociais; bem como praticar a assertividade.

De entre estes tipos de intervenção, irá ser abordado de uma forma mais profunda o Treino de Competências Sociais e a Psicomotricidade (que se encontra no capítulo seguinte).

2.1. Treino de Competências Sociais

A promoção de relações interpessoais saudáveis, através do desenvolvimento de competências sociais contribui para o bem-estar e saúde mental dos indivíduos. Os programas de Treino de Competências Sociais destinam-se prioritariamente a

proporcionar um conjunto de experiências que, não tendo ocorrido naturalmente ao longo da vida, torna-se necessário ensiná-las ou desenvolvê-las (Loureiro, 2013).

Os programas de Ensino de Habilidades de Vida, propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), consistem em desenvolver capacidades emocionais, sociais e cognitivas que podem ajudar os indivíduos a lidar melhor com as situações de *stress* do quotidiano (Loureiro, 2013). O Departamento de Saúde Mental da OMS considera cinco áreas básicas específicas em que as competências de vida são relevantes em qualquer cultura, nomeadamente, a tomada de decisão e a resolução de problemas, o pensamento crítico e criativo, as competências de comunicação e interpessoais, o autoconhecimento e a empatia, assim como os mecanismos de *coping* para lidar com as emoções e com o *stress* (WHO, 1999).

As perturbações mentais são frequentemente acompanhadas de défices generalizados em competências sociais, nomeadamente, no que diz respeito às amizades, à vida familiar, ao emprego, bem como às restantes situações de vida (Lieberman & Martin, n.d.). Assim, uma componente central do diagnóstico de esquizofrenia é a deterioração do funcionamento social após o início da doença (American Psychiatric Association, 1994 *cit. in* McNary, 2003). Isto acontece porque, uma vez que este tipo de perturbações surge numa fase precoce da vida (adolescência ou início da idade adulta), os indivíduos não chegam a ter oportunidade de adquirir determinadas competências (Lieberman & Martin, n.d.). Como consequência disso, estes indivíduos apresentam grandes défices no seu desempenho, mesmo no que diz respeito aos papéis sociais mais básicos, podendo ter dificuldades na exploração dos postos de trabalho, na manutenção das suas relações pessoais, bem como ao nível dos cuidados das suas necessidades pessoais (Lieberman & Martin, n.d.; McNary, 2003). Em geral, são indivíduos socialmente isolados, desempregados, com dificuldades ao nível da higiene pessoal e da gestão financeira, o que os torna indivíduos sem as competências necessárias para viver de forma independente (Lieberman & Martin, n.d.).

O Treino de Competências Sociais teve a sua origem no campo da Psicologia Clínica e começou a ser largamente utilizado com sucesso, em conjunto com outras abordagens terapêuticas, no campo das perturbações psiquiátricas, nomeadamente nas perturbações depressivas, de ansiedade e fobia social, quando o problema se coloca ao nível do comportamento social, e nas perturbações psicóticas, quando o problema se coloca ao nível das relações interpessoais. O objetivo desta abordagem terapêutica é a promoção das competências sociais através do desenvolvimento ou aprendizagem de um repertório de competências sociais eficaz. Nos dias de hoje, o treino de competências sociais tem um campo de ação que vai muito além da abordagem terapêutica para se envolver numa abordagem preventiva e educacional em vários contextos (familiar, escolar, profissional, social, entre outros) e nas várias etapas da vida. As alterações próprias de cada etapa, com a consequente modificação do indivíduo ao longo do seu crescimento e desenvolvimento pessoal, na aquisição de novos papéis e comportamentos sociais, preveem uma aprendizagem e reforço permanente de competências sociais adaptadas aos novos contextos de vida (Loureiro, 2013).

Desta forma, o treino de competências apresenta um amplo campo de aplicação nesta dupla vertente, quer em situação de saúde quer em situação de doença, e devido a esta realidade, apesar de ter tido origem no campo da Psicologia Clínica, alarga o seu campo de interesses a ciências como a Antropologia, Filosofia, Sociologia, Educação e Saúde (Loureiro, 2013).

Os programas de Treino de Competências Sociais surgem na década de 60, a partir dos trabalhos de Salter, Wolpe e Lazarus, como uma evolução das terapias cognitivo-comportamentais, baseando-se na evidência de que a melhoria destas competências irá

melhorar o prognóstico da esquizofrenia (Coelho & Palha, 2006; Loureiro, 2011). Os défices ao nível das competências são considerados como responsáveis por sublinharem alguns dos défices observados em pessoas com esquizofrenia (Coelho & Palha, 2006). Este tipo de intervenção tem como objetivo diminuir as dificuldades de comunicação interpessoal, praticar a assertividade, aprender competências sociais, resolver problemas sociais, bem como enfrentar situações novas, ajudando as pessoas com este tipo de perturbações a melhorar défices a nível físico, emocional, social, profissional, familiar, adquirindo competências de resolução de problemas e habilidades intelectuais necessárias para viver, aprender e trabalhar em comunidade, com o mínimo apoio possível (Anthony, 1979 *cit. in* Liberman & Martin, n.d.; Loureiro, 2011). O Treino de Competências Sociais é então utilizado para permitir aos indivíduos a aquisição de competências específicas que estão em falta (Liberman & Martin, n.d.).

Existem vários modelos teóricos que procuram uma explicação para as dificuldades no desenvolvimento das competências sociais, bem como a identificação de problemas e possíveis estratégias de intervenção (Loureiro, 2011).

Desta forma, Gresham (2009) considera a existência de dois tipos de défices nas competências sociais, que são os défices de aquisição (referentes à falta de conhecimento sobre como desempenhar uma competência social) e os défices de desempenho (dificuldade em transpor para a interação uma determinada competência social).

A generalização de comportamentos novos/aprendidos vai permitir ao indivíduo a adaptação a novas situações. Spence (2003) considera este objetivo como o maior desafio através da utilização de programas de treino de competências sociais, uma vez que se espera que produzam mudanças ao nível do comportamento social, de tal forma que consigam transferir estas competências para interações sociais do mundo real. Gresham (2009) partilha desta visão, uma vez que para além das dificuldades de generalização das competências sociais treinadas, também a sua manutenção ao longo do tempo é bastante difícil. Desta forma, propõe um sistema de reforço positivo mais efetivo para os comportamentos sociais ajustados em contraposição aos desajustados (Loureiro, 2013).

Galassi e Galassi (1977 *cit. in* Loureiro, 2013) consideram que o défice de assertividade pode ter por base um conjunto de factores que influenciaram na aprendizagem da pessoa não assertiva, como a punição, o reforço, a modelação, a falta de oportunidade, a incerteza ou desconhecimento em relação aos próprios direitos, bem como as crenças pessoais e os padrões culturais em que a pessoa se insere. Os principais objetivos do treino assertivo passam por uma mudança efetiva de comportamento, através do desenvolvimento de um conjunto de respostas assertivas aos vários níveis (verbal, não verbal e para verbal), pelo reconhecimento de respostas dos vários tipos de comunicação (passivo, agressivo, manipulativo e assertivo), através da valorização dos próprios direitos e dos direitos dos outros, pela identificação e modificação de pensamentos irracionais presentes em situações específicas, bem como pela identificação das situações em que a utilização do comportamento assertivo é benéfica, e pela promoção do comportamento assertivo nos outros e diminuição da ansiedade em situações de interação social.

Na literatura existem descritos resultados positivos acerca dos programas de treino de competências sociais, que englobam o treino assertivo (Loureiro, 2013).

2.1.1. Porquê o Treino de Competências Sociais?

O Treino de Competências Sociais baseia-se na existência de uma relação entre um défice no funcionamento interpessoal e diversas perturbações mentais. De facto, os problemas relacionados com as competências sociais são uma componente de muitas

doenças psiquiátricas, sendo os défices no funcionamento social geralmente vistos como problemas centrais nos indivíduos com perturbação psicótica (Coelho & Palha, 2006). Desta forma, e sendo notórias em grande parte das perturbações mentais, as dificuldades interpessoais parecem atingir o seu auge na esquizofrenia, sendo que estes apresentam comportamentos interpessoais deficitários, um comportamento peculiar, uma restrita responsividade emocional, bem como falta de competências sociais, como dificuldade em iniciar e manter uma conversa, a dificuldade de afirmação, e a dificuldade no reconhecimento de sinais sociais que atuam como barreiras ao estabelecimento e manutenção de amizades novas e de suporte (Mueser & Sayers, 1992 *cit. in* Coelho & Palha, 2006; McNary, 2003). Estas dificuldades no funcionamento social são largamente responsáveis pela baixa qualidade de vida e isolamento dos indivíduos com esta perturbação (Coelho & Palha, 2006).

O Treino de Competências Sociais em indivíduos com este tipo de perturbação tem evoluído consideravelmente. A partir de modelos de défice de competências sociais em que os indivíduos com esquizofrenia foram tratados exclusivamente com os princípios de comportamento operante, o treino de competências sociais tornou-se numa conceptualização biopsicossocial abrangente da doença, tratados com uma ampla gama de técnicas cognitivo comportamentais. Desta forma, as melhorias na cognição e no comportamento social são agora vistas como complementares (McNary, 2003). Vários estudos refletem que a implementação de programas de treino de competências sociais nos sistemas sociais de suporte diminui os efeitos negativos do *stress*, conferindo alguma proteção contra recaídas, dado que este constitui um factor importante na sua precipitação (Coelho & Palha, 2006).

O Treino de Competências Sociais ajuda estes indivíduos, melhorando o funcionamento psicossocial, na medida em que estes aprendem papéis sociais adequados e ocorrem melhorias ao nível dos comportamentos assertivos, existindo um aumento de cognições positivas intervenientes em situações sociais, assim como uma diminuição de cognições negativas, através de aprendizagem indireta e prática comportamental (Amell & Llandrich, 2008; McNary, 2003; Kurtz & Mueser, 2008). Verificou-se também que nos indivíduos que realizaram este treino por um período de tempo mais longo, houve benefícios para os seus familiares diretos, assim como uma diminuição do *stress* emocional e carga familiar (Amell & Llandrich, 2008). Outros estudos revelaram que os pacientes que participam em programas de treino de competências sociais ampliaram o seu repertório de competências, e que continuam a demonstrar essas competências vários meses após o treino, como uma diminuição dos sintomas psiquiátricos associados a disfunções sociais (Corrigan, 1991). Os resultados positivos do treino destas competências em pessoas com perturbações mentais foram revelados através da diminuição das taxas de recaída, melhores condições de trabalho, assim como reforço da função social, e um desempenho mais hábil em testes de *role-play* (McNary, 2003).

Pode dizer-se que uma característica geral dos indivíduos com este tipo de perturbação são os défices marcados ao nível das competências sociais (Coelho & Palha, 2006). Estes défices tornam difícil para os doentes o estabelecimento e manutenção de relacionamentos sociais, o cumprimento de papéis e a satisfação das suas necessidades (Bellack, Mueser, Gingerich & Agresta, 1997 *cit. in* Coelho & Palha, 2006). Estes indivíduos experienciam consequentemente ansiedade, frustração e isolamento que são especialmente problemáticos para os doentes com esquizofrenia, uma vez que parecem ter alguma responsabilidade no aumento da frequência dos episódios psicóticos e/ou manutenção dos sintomas negativos (Coelho & Palha, 2006).

Assim sendo, parece óbvia a intervenção ao nível do Treino de Competências Sociais em indivíduos com este tipo de perturbação, uma vez que quando indivíduos com este tipo

de perturbação participam em programas de treino de competências sociais, há uma melhoria ao nível dos sintomas psicóticos, tornando-se capazes de aprender e manter papéis sociais, ao mesmo tempo que há uma melhoria na dinâmica familiar (Coelho & Palha, 2006; Amell & Llandrich, 2008).

2.1.2. Características do Treino de Competências Sociais

Caballo (2008) salienta a importância de quando avaliar um programa de treino, ou seja, em que momentos durante o processo a avaliação deve ser realizada. Propõe então quatro momentos, que são: (1) antes – para avaliar os défices nas competências sociais, (2) durante – análise de como o comportamento se vai ou não modificando no sentido de minimizar os défices, (3) depois da implementação do programa – análise de quais foram as alterações verificadas comparativamente com o início da implementação do programa e (4) num período de acompanhamento pós programa – permite perceber se as mudanças se mantêm, se são efetivas e se houve a possibilidade de generalização a outros contextos de vida diária, possibilitando avaliar a eficácia do programa e o impacto do mesmo na vida do indivíduo. A utilização de apenas um instrumento torna-se muito redutor na deteção de défices nas competências sociais específicas e mesmo na avaliação da eficácia de um programa de treino de competências sociais (Loureiro, 2013). Tendo em conta a multidisciplinaridade e abrangência das competências sociais, tanto o tipo de instrumento de avaliação como a interpretação e análise dos resultados deve ter em conta as várias dimensões, garantindo assim uma avaliação mais rigorosa e completa.

O Treino de Competências Sociais intensifica e comprime dentro das sessões de treino as experiências e aprendizagens que decorrem em situações naturais (Coelho & Palha, 2006). Apesar de poder ser uma intervenção individualizada, com metas para uma eficácia pessoal, muitos dos componentes e competências a serem aprendidas são compartilhadas pelo grupo (Liberman & Martin, n.d.). Assim, esta intervenção tem um maior número de vantagens quando aplicado em grupo: a situação social em que o treino ocorre é real; os participantes sentem-se apoiados uns pelos outros e existe a hipótese de se iniciar o treino simulado com os outros, facilitando a transposição do comportamento simulado para a realidade; maior motivação e envolvimento de todos; economia de tempo do terapeuta e custo da intervenção; bem como a possibilidade de emprego de vários modelos de habilidades diferentes (Loureiro, 2013; Coelho & Palha, 2006). Desta forma, cada membro do grupo trabalha no seu próprio plano de tratamento, ao mesmo tempo que beneficia da interação do grupo, uma vez que tem oportunidade de observar e aprender com os outros, ouvindo os reforços positivos e corretivos dos restantes membros do grupo e do terapeuta (Liberman & Martin, n.d.).

No caso de a intervenção decorrer em grupo, a diversidade de indivíduos envolvidos dá origem a interações variadas, mais semelhantes às que poderiam ocorrer em contexto real. O treino destas competências tem uma orientação diretiva, no entanto a relação terapêutica serve como forma de reforço social dos indivíduos, tornando-se assim muito importante, uma vez que um ambiente confortável e reforçador, bem como o envolvimento dos prestadores de cuidados, potenciam a eficácia deste treino. Desta forma, devemos reforçar mais os esforços dos participantes do que as suas habilidades sociais (Coelho & Palha, 2006).

Para este tipo de intervenção, o arranjo ótimo do grupo parece ser aquele em que há um nível de funcionamento homogéneo e os défices ao nível das competências sociais sejam comuns (Coelho & Palha, 2006). A idade pode variar entre os 18 e os 65 anos, embora a idade não aparente ser uma variável a ter em conta na seleção dos participantes (Coelho & Palha, 2006).

No que respeita à estrutura das sessões, o número de participantes por grupo pode alternar de 4 a 15 elementos, e a duração de cada sessão pode variar de 30 minutos a 2 horas, com frequência semanal ou bissemanal, à qual pode corresponder um período entre 4 a 6 meses de duração (Coelho & Palha, 2006; Loureiro, 2013;). Segundo Loureiro (2013), o local de treino deve ser um espaço suficientemente amplo, para que os indivíduos disponham de espaço suficiente para a realização dos exercícios. Relativamente à dinâmica das sessões, existe alguma diferença consoante se trate da primeira, das sessões intermédias ou da última sessão. A primeira sessão é muito importante, uma vez que é o primeiro contato formal com o grupo e do grupo em si. É feita a apresentação do programa, estabelecem-se as primeiras relações interpessoais, as normas de confidencialidade e de compromisso pela participação no programa. Na última sessão, é feito o balanço de todo o trabalho realizado, nomeadamente quais os ganhos pessoais e as dificuldades superadas. É o momento de autoavaliação, avaliação do programa e despedida.

Nas sessões intermédias, cada sessão é constituída por três momentos (Loureiro, 2013): (1) no momento inicial é feito o resumo da sessão anterior, apresentadas as tarefas de casa e são realizados alguns exercícios de aquecimento ou jogos simples de “quebra-gelo”, de modo a fomentar o conhecimento e a cooperação do grupo; (2) segue-se o momento de desenvolvimento da sessão propriamente dita, em que se utilizam vários procedimentos, de acordo com os objetivos da sessão, e (3) o último momento corresponde à finalização da sessão, onde é pedido a todos os participantes que avaliem a sessão, o terapeuta faz um breve resumo da participação dos elementos com reforço positivo e revê o progresso alcançado, estabelece as tarefas para casa e dá por encerrada a sessão.

A eficácia do treino de competências sociais exige que os terapeutas sejam competentes e fiéis ao modo de ensino (Liberman & Martin, n.d.). Assim, os terapeutas devem aprender e utilizar métodos de ensino ativos, tais como (Coelho & Palha, 2006; Liberman & Martin, n.d.; Loureiro, 2013):

- O Ensaio Comportamental: permite o desenvolvimento de novos comportamentos de modo a encontrar formas mais efetivas de enfrentar situações problemáticas da vida real.
- O *Role-playing*: pede-se à pessoa que represente ou desempenhe determinado papel.
- A Modelação: tem a sua origem em Bandura, em que a aprendizagem é feita através da observação do desempenho de outra pessoa (terapeuta).
- O Reforço: o reforço positivo deve utilizar-se logo no momento em que a pessoa conseguiu realizar um comportamento ou fez determinados progressos. O auto reforço deve também ser utilizado como uma forma de auto-compensação e deve ser feito por auto-verbalizações positivas.
- Feedback: proporciona informação e promove o entendimento sobre o modo como a pessoa levou a cabo determinado comportamento. Esta informação deve ser detalhada, positiva e direta;
- Técnicas de Relaxamento: relaxamento progressivo de Jacobson é utilizado quando a pessoa experiencia níveis moderados ou elevados de ansiedade. Propõe a diferenciação entre as sensações de contração/descontração muscular e a concentração na respiração. Deve realizar-se um grupo muscular por sessão, até conseguir alcançar a totalidade dos grupos musculares.
- Tarefas para casa: proporciona à pessoa, generalizar em contexto de vida diária o que foi aprendido nas sessões.
- Dessensibilização Sistemática: baseia-se no princípio de que um indivíduo pode superar a ansiedade provocada por uma situação ou objeto através da

aproximação gradual às situações ou objetos temidos, num estado psicofisiológico que iniba a ansiedade.

- Técnica de Resolução de Problemas: é um processo cognitivo-comportamental estruturado, que envolve cinco etapas e cujo fim é encontrar uma solução eficaz para uma determinada situação que no momento é encarada como fonte de *stress* ou como problemática.
- Técnica de Reestruturação Cognitiva: tem como principal objetivo corrigir ou substituir crenças que impedem o funcionamento social.
- Instruções/Ensino: as instruções fazem parte de um conjunto de informações que para além dos aspetos específicos e gerais dos programas de treino, abarcam explicações claras e objetivas de como a pessoa se deve comportar numa situação específica de relação interpessoal.

De um modo geral, o terapeuta deve ser ativo e expressivo, apresentar um bom humor, reforçar bastante durante as sessões, gesticular abundantemente, falar alto e permanecer de pé durante a maior parte do tempo da sessão, movendo-se livremente pela sala (Coelho & Palha, 2006).

Pode ser também importante a utilização de cartazes, de forma a salientar os passos das competências que vão ser treinadas em cada sessão, uma vez que providenciarão uma importante ajuda à memorização, permitindo uma recordação das componentes das habilidades através de uma aprendizagem visual e auditiva. O uso de vídeo pode também ser útil, uma vez que ao rever cada representação, tanto o terapeuta como os doentes podem avaliar a execução, atendendo à presença de algumas condutas, como o bom contacto visual, postura adequada, volume audível de voz, isto é, competências de comunicação corretas. Isto deve ser feito de modo positivo, por forma a minimizar as consequências destrutivas da crítica (Coelho & Palha, 2006).

Segundo Liberman e Martin (n.d.), a base do treino de competências sociais é derivada da teoria da aprendizagem social (Bandura, 1969) e do condicionamento operante (Liberman, 1972). Uma vez que a generalização ou transferência das competências para a vida real de cada indivíduo é o principal objetivo desta terapia, os terapeutas dão aos indivíduos a ordem para praticar os conhecimentos adquiridos na situação de treino, na sua própria casa, local de trabalho, comunidade ou outros recursos naturais (Liberman & Martin, n.d.).

Uma das técnicas mais utilizadas e fulcral no Treino de Competências Sociais é o *role-play*, que consiste numa atividade na qual se solicita aos indivíduos que representem ou pratiquem habilidades em situações simuladas que se aproximem das circunstâncias de vida real (Coelho & Palha, 2006; Loureiro, 2013). Segundo Coelho e Palha (2006), os ensaios de *role-play* não implicam o uso de modelos de mestria, devendo ser utilizadas situações que tentem refletir os acontecimentos reais e significativos da vida dos indivíduos. Os primeiros ensaios de *role-play* devem ser realizados com o mínimo de ajuda, de modo a avaliar o nível de habilidades dos participantes. Quanto mais limitados forem os indivíduos em termos de competências sociais, mais o terapeuta deve ser específico nas questões colocadas. Após a melhoria das competências de envio (resposta), o terapeuta ajuda os indivíduos a melhorar a suas competências de receção. As cenas reproduzidas devem conter um lento aumento de objetivos, cada vez mais complexos (Coelho & Palha, 2006).

Aquando da realização do *role-play*, os indivíduos devem ser encorajados com reforços positivos e o terapeuta para a ação quando existir informação suficiente para ser trabalhada, providenciando assim reforços construtivos (Coelho & Palha, 2006).

À medida que o grupo vai evoluindo podemos proceder a um decréscimo de estruturação do treino, bem como de supervisão e reforço. Isto deve ser feito após a aquisição da

competência, que ajuda o indivíduo a generalizar a nova habilidade ao mundo real (Liberman e col., 1989 *cit. in* Coelho & Palha, 2006).

O Role-play pode ser repetido por vários indivíduos, de forma a incentivar o indivíduo a criar uma flexibilidade interpessoal, permitindo-lhe um repertório comportamental mais vasto (Coelho & Palha, 2006).

Segundo Liberman e Martin (n.d.), o Treino de Competências Sociais também inclui a aprendizagem de percepções sociais, incluindo normas, regras e expectativas de outras pessoas com que o indivíduo vai interagir. É importante que o indivíduo consiga reconhecer de forma confiável as expressões apresentadas pelos outros durante as interações sociais. De forma a superar dificuldades de aprendizagem dos indivíduos, as competências a serem aprendidas devem ser apresentadas aos poucos, repetidamente, e de forma consistente (Liberman & Martin, n.d.).

A durabilidade das competências adquiridas depende das oportunidades para praticar as competências em causa, bem como da oportunidade de receber incentivo e reforço positivo quando utilizam essas competências na vida quotidiana. Os familiares e prestadores de cuidados podem também ser treinados para ajudar a promover a durabilidade e a generalização das competências apreendidas (Liberman & Martin, n.d.).

É importante entender que, mais do que eliminar comportamentos inadequados ou reduzir o mal-estar que estes produzem, o treino de competências sociais visa desenvolver habilidades novas ou comportamentos alternativos às que o indivíduo possui, ampliando o seu repertório de comportamentos adaptativos. Este treino pode ser considerado como um procedimento psicoeducativo de formação, dirigido à aprendizagem de novas competências, no caso de estas não existirem no repertório comportamental do indivíduo, ou no caso das experiências de aprendizagem anteriores terem resultado inadequadas (Coelho & Palha, 2006).

A evidência para a eficácia do Treino de Competências Sociais aponta para as seguintes dimensões: aquisição, durabilidade e utilização das competências na vida real, bem como uma melhoria no funcionamento social, que vão conduzir à redução nas taxas de recaída, e a uma melhoria na qualidade de vida (Liberman & Martin, n.d.).

3. Psicomotricidade

A evolução e a origem do conceito de Psicomotricidade fundamentaram-se no desenvolvimento do estudo do corpo (Fonseca, 1996), tendo sido dado um grande enfoque por parte de vários autores na relação corpo-mente (Fonseca, 2001a).

No que se refere ao campo científico, Henri Wallon foi o grande pioneiro da Psicomotricidade, na medida em que desenvolveu obras na área do desenvolvimento psicológico da criança e iniciou os primeiros estudos de reeducação psicomotora que impulsionaram Guilmain a continuar esse trabalho, desenvolvendo uma Sistemática da Psicomotricidade (Fonseca, 2001a; Fonseca, 2007).

Segundo Wallon, a função tónica e a emoção compõe os processos básicos da intervenção em psicomotricidade (Fonseca, 2007). Os seus estudos continuaram a influenciar investigações em vários campos de formação, nomeadamente, a Psiquiatria, a Psicologia e a Pedagogia, tornando-se o principal responsável pelo movimento da reeducação psicomotora. Os seus trabalhos continuaram a ser orientados, posteriormente, por Ajuriaguerra e Soubiran (Fonseca, 2001; Fonseca, 2007), sendo que Ajuriaguerra contribui em grande parte para os avanços nos estudos das relações entre a

psicomotricidade, a inteligência, a afetividade e a sociabilidade, com os estudos clínicos referentes às síndromes psicomotoras (Fonseca, 2007).

Segundo Martins (2001), a Psicomotricidade baseia-se numa visão holística do ser humano, em que se considera a constante interação das potencialidades motoras, mentais e emocionais de um indivíduo, em que o corpo é o local de manifestação de todo o ser. Pode ser definida como uma reeducação ou terapia de mediação corporal e expressiva, que permite ao técnico estudar e compensar as condutas motoras inadequadas ou inadaptadas, em questões relacionadas com problemas de desenvolvimento e maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psicoafectivo.

Pode também ser compreendida como o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e influências recíprocas e sistémicas, entre o psiquismo e a motricidade. O psiquismo inclui a totalidade dos processos cognitivos, ou seja, é constituído pelas sensações, percepções, imagens, emoções, afetos, fantasmas, medos, projeções, aspirações, representações, simbolizações, conceptualizações, ideias e construções mentais, bem como por uma complexidade de processos relacionais e sociais (Fonseca, 2005).

Segundo o Fórum Europeu de Psicomotricidade, a Psicomotricidade é baseada numa perspetiva holística do indivíduo, numa unidade entre o corpo e a mente, integrando as interações cognitivas, emocionais, simbólicas e físicas na capacidade de agir num contexto psicossocial (European Forum of Psychomotricity, 2013).

Segundo Martins (2001b), a intervenção em Psicomotricidade tem como principal objetivo a realização do indivíduo enquanto pessoa, tendo em conta as suas capacidades motoras, cognitivas e emocionais, que interagem e se expressam através do corpo. Esta é uma prática unificadora, fortalecendo a relação entre o corpo e a mente, e sendo capaz de melhorar o potencial adaptativo do indivíduo. Desta forma, tem como objetivo contribuir para a superação de problemas ao nível da maturação, desenvolvimento, aprendizagem e comportamento, utilizando para isso, uma intervenção através da mediação corporal.

Segundo Maximiano (2004), a Psicomotricidade é uma terapia de mediação corporal, que estuda o conjunto de fenómenos inscritos no corpo, avaliando e observando as características do movimento, das atitudes, das posturas e da mímica. Esta terapia analisa a expressão de um corpo como um constructo da sua unidade biopsicossocial, dirigindo a sua intervenção para o investimento do “eu corporal”, através da promoção de um conjunto de vivências corporais, que podem permitir ao indivíduo ajustar ou reajustar a sua personalidade às condições envolventes, levando a uma maior capacidade adaptativa.

Segundo Fonseca (1996), as funções tónica, postural e sensoriomotora são valorizadas na intervenção psicomotora, uma vez que são consideradas como pontos de partida da estruturação mental, e emoção como meio de ação sobre o outro.

A especificidade desta terapia reside no foco que dirige em relação às manifestações corporais e respetivas significações. É uma intervenção flexível e adaptável às características de cada indivíduo, mantendo no entanto o objetivo base, que é a mediação e procura da mudança de atitude do indivíduo consigo próprio e consequentemente com os diferentes contextos em que interage (Ballouard, 2003 *cit. in* Maximiano, 2004).

Na intervenção psicomotora tem que se ter em conta a história do indivíduo, as suas capacidades e dificuldades, bem como as próprias características do técnico (Martins, 2001b).

No que toca aos instrumentos de trabalho em Psicomotricidade, Martins (2001b) refere que são constituídos pelo próprio corpo, pelos espaços físico e relacional, pelo tempo e

ritmo das sessões e pelos objetos disponíveis, sendo que o corpo em movimento se relaciona com o próprio corpo, com o outro e com o envolvimento.

Englobando a Psicomotricidade numa dimensão teórica e prática relativa do desenvolvimento humano, a sua intervenção pode desenvolver-se a nível preventivo ou educativo (quando se pretende estimular o desenvolvimento psicomotor e o potencial de aprendizagem, bem como a melhoria de competências e autonomia), a nível reeducativo (quando a dinâmica do desenvolvimento e da aprendizagem está comprometida) e a nível terapêutico (quando é necessário ultrapassar problemas psicoafectivos que comprometem a adaptabilidade do indivíduo) (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2011; Fonseca, 2001b).

3.1. Psicomotricidade Relacional e Psicomotricidade Instrumental

Na prática psicomotora tem que se ter em conta a história do indivíduo, as suas capacidades e dificuldades, assim como as próprias características do técnico (Martins, 2001b). Este tipo de intervenção pode ter uma vertente relacional e uma vertente instrumental. Na prática, por vezes é necessário utilizar numa mesma sessão ambas as vertentes, ou mesmo passar de uma para a outra com o desenvolvimento da intervenção e, consequentemente, seguimento dos objetivos propostos.

3.1.1. Psicomotricidade Relacional

A Psicomotricidade mais centrada numa vertente relacional e psicoafectiva é fundamentada nas teorias psicodinâmicas, onde privilegia a relação mãe-bebê (Martins, 2001b). Esta envolve essencialmente a gestão da problemática da identidade e da funcionalidade, de modo a potenciar o reinvestimento no terapeuta como agente securizante, e garante o desejo de inter-relação com o mundo e com os outros. Nesta vertente é então realçada a importância das primeiras vivências, experiências tónico-emocionais e comunicacionais, para que este reviver simbólico, com a duração e intensidade necessária, permita a elaboração mental da criança, que normalmente se inicia desorganizada, mas que progressivamente se organiza e estrutura (Almeida, 2006; Martins, 2001a; Martins, 2005).

Esta vertente da Psicomotricidade permite ao indivíduo a expressão e superação de conflitos relacionais, e interfere de forma preventiva e terapêutica no desenvolvimento cognitivo, psicomotor e sócio emocional, estando relacionado com os factores psicoafectivos relacionais (Vieira, 2009).

Desta forma, a intervenção tem que ser um espaço de prazer e desejo, em que o indivíduo pode explorar livremente os seus medos, desejos, fantasias e ambivalências, consigo próprio ou em relação ao outro (Donnet, 1993 *cit. in* Martins, 2001b; Vieira, 2009).

Neste tipo de intervenção, utiliza-se o jogo espontâneo, situações lúdicas e dinâmicas, a comunicação não-verbal, onde, com o corpo em movimento, se induz situações que desencadeiam sentimentos inconscientemente para, posteriormente, se traduzir em emoções e chegar ao consciente (Vieira, 2009).

São utilizadas todo o tipo de atividades que favorecem a contenção e a simbolização do conflito que, uma vez agidos através do corpo, isto é, exteriorizados, tornados visíveis e concretos simbolicamente, ganham limites e uma base material de análise, um projeto e uma realização. O indivíduo tem, assim, um objeto criado por si, sobre o qual pode agir e, por conseguinte, modificar. Isto acontece porque, ao possibilitar-se a auto-observação por parte do sujeito, assim como permitir-se pensar o significado pessoal da sua

experiência, implicamos a interrupção da sua forma habitual de descarga e de funcionamento (Martins, 2001a).

3.1.2. Psicomotricidade Instrumental

A Psicomotricidade centrada numa vertente instrumental está mais relacionada com o envolvimento, as características espaciais e temporais, e os objetos, sendo a partir da exploração sensoriomotora que se estimula a atividade percetiva, simbólica e conceptual. Estas explorações desenvolvem-se através de todas as formas de expressão (motora, gráfica, verbal, sonora, plástica, etc.) (Martins, 2001b).

É uma vertente mais direcionada para a resolução de situações-problema, situações essas que são apresentadas de modo a que o indivíduo consiga o sucesso e, conseqüentemente, aumente a sua autoestima e autoconfiança (Martins, 2001b).

A Psicomotricidade Instrumental recorre à utilização de técnicas e estratégias relacionadas com a abordagem cognitivo-comportamental, focando-se nas situações problema, devendo estas ser apresentadas de modo a propiciar a vivência de situações e êxito e, portanto, a estabelecer uma relação entre a pessoa e a ação, suscetível de romper com os seus bloqueios e resistências (Martins, 2001a; Martins, 2005). Desta forma, a situação deverá apelar à descoberta, ao pensamento divergente, à diferenciação das fontes de informação e à adaptabilidade ao envolvimento. Nesta vertente da intervenção psicomotora existe uma relação mais precisa com os objetos e as características espaciais e temporais do envolvimento, valorizando-se mais a intencionalidade, a consciencialização da ação e a exploração de todas as formas possíveis de expressão (motora, verbal, gráfica, sonora, plástica, entre outras) (Martins, 2001a; Martins, 2005).

É uma intervenção de tipo cognitivo e neuropsicológico, que necessita de uma maior capacidade de atenção, de forma a discriminar os estímulos (Martins, 2001b).

Nesta vertente, a comunicação verbal é fundamental antes de se resolver o problema e depois, na sua avaliação (Martins, 2001b).

3.2. Intervenção Psicomotora na Saúde Mental

A Intervenção Psicomotora utiliza a atividade motora e o exercício da consciência corporal, de uma forma sistemática como meio de ação, que utiliza um conjunto de técnicas psicomotoras expressivas e de relaxação, numa base de intervenção suscetível de mudança e adaptação às características de cada indivíduo (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010; Maximiano, 2004). A atividade física em todos os seus aspetos é a principal característica desta abordagem terapêutica, que pode situar-se entre a atividade física e a terapia psicológica. Esta terapia pode ser integrada em diferentes abordagens psicológicas, sendo utilizada essencialmente como um complemento e apoio ao tratamento psiquiátrico (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010).

Numa primeira fase é realizada a avaliação que é baseada em observações iniciais e subsequentes, que vão acrescentando novos dados e informações ao plano terapêutico. Nestas observações são avaliados aspetos como a tonicidade/rigidez corporal, paratonias, sincinesias, discurso verbal, controlo do olhar, expressão facial, consciência corporal e imagem corporal e escalas de caracterização adequadas do perfil psicopatológico e sintomatologia somática (Maximiano, 2004). Após uma primeira avaliação, é estabelecido o plano terapêutico, onde se delineiam os objetivos gerais e específicos, como também as estratégias e formas de intervenção. As técnicas utilizadas

ao longo da intervenção variam consoante as características individuais de cada sujeito, tendo em conta o plano terapêutico e objetivos estabelecidos. (Maximiano, 2004).

Segundo Probst, Knapen, Poot e Vancampfort (2010), dependendo da necessidade do indivíduo, o terapeuta pode optar por uma intervenção mais orientada para ação ou mais orientada para a experiência.

- Na Intervenção Psicomotora orientada para a ação, a ênfase recai essencialmente sobre o desenvolvimento da proficiência física e mental e no apoio ao desenvolvimento pessoal. As atividades são destinadas à aprendizagem, desenvolvimento, treino e/ou prática psicomotora, sensoriomotora, proficiências perceptivas, cognitivas, sociais e emocionais. Mais concretamente, significa que é dada especial atenção às habilidades motoras, coordenação óculo-manual, equilíbrio, coordenação espaço-temporal, percepção, atenção, interação com os materiais, reconhecimento de estímulos, a supressão de passividade, alteração de comportamento, orientado para objetivos, melhorando a atenção para com os outros, as proficiências sociais, e aprendendo a colaborar, aprender a lidar com os sentimentos e emoções, aprender a aceitar responsabilidades e tornar-se capaz de se colocar no lugar do outro. Outras competências elementares, como aprender a relaxar, adquirir uma boa condição física, e adquirir regras básicas de comunicação também estão incluídas. Nesta intervenção, essencialmente suportada pela atividade física, os doentes adquirem, através de exercícios, uma maior capacidade de percepção. A atividade física tem uma influência positiva no bem-estar físico e mental, autoestima, humor e funcionamento executivo. Nos dias de hoje, a abordagem relativa a doentes depressivos e esquizofrênicos é essencialmente focada numa intervenção orientada para a ação.
- A Intervenção Psicomotora orientada para a experiência é uma abordagem diferente, em que através da participação ativa em uma ampla variedade de atividades físicas e de movimento, os indivíduos experimentam uma série de emoções (sentimentos depressivos, medo, culpa, raiva, stress, inquietação, estranheza, insatisfação) e pensamentos negativos (intrusão, obsessão, preocupações mórbidas, preocupações). Desta forma, são confrontados com os seus comportamentos face a esses sentimentos (impulsos, falta de habilidade), assim como sintomas cognitivos (perda de noção da realidade, falta de concentração). Durante todo o processo de terapia, uma estrutura alternativa de experiências pode ser disponibilizada. Assim, o indivíduo experimenta uma alternativa que pode existir e que poderá desencadear novas emoções e experiências, surgindo assim uma discrepância entre a realidade e a forma como o indivíduo vê a realidade.

O que é importante neste tipo de terapia não é a atividade física em si, mas sim a experiência do indivíduo e a sua percepção interior. A orientação cuidadosa e o encorajamento por parte do terapeuta possibilitam a experiência de sentimentos num ambiente seguro, permitindo ao indivíduo desenvolver um comportamento que não teria desenvolvido de outra forma. Desta forma, os problemas subjacentes não são necessariamente resolvidos, mas o terapeuta tenta melhorar a sua manipulação dos problemas, uma vez que o paciente compartilha o seu comportamento, os seus sentimentos e pensamentos com o terapeuta e com os seus pares. Pode então dizer-se que a Intervenção Psicomotora orientada para a experiência oferece uma abordagem mais reflexiva do que a Intervenção Psicomotora orientada para a ação, sendo colocada uma maior ênfase nas experiências e na forma como as reações a essas experiências funcionam como um poder dinâmico (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010).

Segundo Maximiano (2004), as técnicas utilizadas ao longo das sessões de Intervenção Psicomotora dependem das características do indivíduo e não são utilizadas de forma rígida, ou seja, o objetivo nesta intervenção não é utilizar uma técnica única em tempo indeterminado, mas sim ajustar conceitos inerentes de diversas técnicas de acordo com os objetivos terapêuticos que foram estabelecidos. Ao longo da intervenção todas as técnicas e exercícios utilizados assentam numa base expressiva, dramática e simbólica.

De acordo com Probst, Knapen, Poot e Vancampfort (2010), a intervenção psicomotora pode fornecer estrutura na qual podem ser atingidos objetivos terapêuticos individualizados. Diferentes estratégias de mudança de comportamento são incorporadas para melhorar tanto as motivações dos pacientes e a sua adesão a longo prazo nas atividades, tendo em conta as componentes emocionais, cognitivas e fisiológicas da doença mental. Essas estratégias incluem: (1) a promoção de experiências de sucesso normal, através da criação de metas realistas e individualizadas, por meio de experiências de mestria (Bandura, 1977); (2) a prestação de dinamismo de grupo como um meio para desenvolver estratégias de enfrentamento adequadas, através de experiências de sucesso indiretas; (3) uma atitude terapêutica positiva e acolhedora, que permita ao paciente colocar em palavras as suas experiências e sentimentos no final de cada sessão de terapia. Uma vez que o principal objetivo não é o aumento da aptidão física, mas sim uma melhoria no autoconceito, o terapeuta precisa de se concentrar não só nos efeitos da formação, mas essencialmente sobre estratégias para melhorar o autoconceito.

No fim de cada sessão, é importante existir um momento de reflexão sobre as vivências corporais atribuindo significado às vivências tónico-emocionais das sensações, que pode ser realizada através da expressão verbal ou não-verbal (e.g. modelação em plasticina ou desenho), que permite a utilização de um suporte exterior para expressar o que foi sentido e vivido quinesteticamente (Bosse 1994 *cit. in* Maximiano, 2004).

Em indivíduos com esquizofrenia, a Terapia Psicomotora pode consistir em (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010): (1) um programa de redução do *stress*, (2) um programa de ativação do movimento e (3) um programa de reabilitação psicossocial. Uma vez que o agravamento dos sintomas psicóticos está associado ao *stress* (Ayuso-Gutierrez, 1997), ao mesmo tempo que os doentes com esquizofrenia enfrentam uma série de dificuldade em lidar com os sentimentos, um programa de redução do *stress* deve assumir um papel essencial no tratamento multidisciplinar. Contudo, existe ainda uma evidência limitada dos efeitos positivos destas formas de terapia em pacientes com esquizofrenia.

Num programa de reabilitação psicossocial, os meios de facilitar a participação nas sessões deve incluir a identificação de objetivos comuns, a participação no grupo, enquanto experimenta processos de cooperação, compromisso, confronto e conformidade (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010). Dentro das mesmas sessões, pode ser dado espaço para o indivíduo se concentrar numa situação relacionada com o movimento, com vista a reduzir os sintomas positivos. Desta forma, Faulkner e Biddle (1999 *cit. in* Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010) concluem que o exercício pode ser um mecanismo de enfrentamento para os sintomas positivos (e.g., alucinações), o que pode ser verificado ao longo da intervenção psicomotora (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010).

Na Intervenção Psicomotora, a atividade física não se limita à prática de desporto, sendo entendida como uma ampla gama de atividades de movimento. O trabalho físico nesta terapia e o trabalho psicológico em psicoterapia são combinados, o que significa que a

intervenção psicomotora é vista como um importante auxiliar das terapias psicodinâmicas (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010).

A relaxação possibilita a consciencialização tónica, colocando o indivíduo em comunicação consigo próprio, fazendo com que o seu corpo seja um recetor do contacto, da voz, do olhar do outro, espaço de construção da identidade, do simbólico e das representações (Maximiano, 2004).

Neste sentido, a Intervenção Psicomotora, e de acordo com os autores acima mencionados, não consiste apenas em fazer exercício ou realizar atividades de recreação. Nesta terapia, o movimento é utilizado como ferramenta terapêutica para estimular a incorporação da mente e a necessidade de formação e habilidades específicas. O processo de mentalização durante as sessões de movimento é uma característica terapêutica essencial. A abordagem desta terapia visa então perceber e interpretar o comportamento dos indivíduos, em termos de estados mentais intencionais, tais como necessidades, desejos, crenças, objetivos, propósitos e motivos (Fonagy, Gergely & Jurist, 2002 *cit. in* Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010).

4. Caracterização da Instituição

4.1. Associação de Reabilitação e Integração Ajuda – ARIA

A Associação de Reabilitação e Integração Ajuda (ARIA) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos, que trabalha com indivíduos com problemas de saúde mental, em desvantagem psicossocial (ARIA, 2012).

Foi criada em 1991, por um grupo de técnicos da área da Saúde Mental, do Hospital São Francisco Xavier (HSFX) e tem como objetivo principal ajudar a pessoa com problemas de Saúde Mental a adquirir recursos necessários à sua reabilitação psicossocial e integração socioprofissional (ARIA, 2012).

A ARIA tem como valores o Respeito pela salvaguarda dos direitos humanos e pela diversidade da pessoa, valorizando as diferentes culturas e saberes, a Responsabilidade no compromisso assumido com os clientes, familiares, sócios, equipa técnica e parceiros onde são ponderados os benefícios e consequências da sua atuação, e a Cooperação revelada na colaboração de todos para a prossecução da missão e objetivos da associação, através de uma boa comunicação, trabalho em equipa e dedicação, de forma a potenciar os contributos de todos para um fim comum (ARIA, 2012).

A ARIA ambiciona assim um futuro melhor para as pessoas com problemas de Saúde Mental e em desvantagem psicossocial, possibilitado pela maior oferta de serviços especializados e de qualidade, que contribuem para a melhoria da sua qualidade de vida (ARIA, 2012).

Com base na política da qualidade, a ARIA aposta num processo contínuo de melhoria das atividades planeadas, baseado na revisão de desempenhos e no estabelecimento de metas explícitas, com o objetivo de melhorar a qualidade efetiva dos cuidados prestados (ARIA, 2012). O trabalho da associação baseia-se então numa abordagem dinâmica e orientada por três princípios fundamentais, que são a orientação para o cliente, a melhoria contínua dos processos e o envolvimento dos colaboradores e parceiros (ARIA, 2012). Desta forma, a ARIA pretende ser reconhecida como instituição de excelência na área da Reabilitação Psicossocial e Profissional de pessoas com problemas de Saúde Mental (ARIA, 2012).

A ARIA é composta por diversas estruturas que permitem à pessoa com problemas de Saúde Mental a integração na comunidade, através de um Plano Individual de

Reabilitação (PIR), que lhe permitirá efetuar aprendizagens de competências, ou aprender um ofício recebendo apoio e orientação na procura de emprego, bem como providenciar apoio residencial como complemento da reabilitação socioprofissional (ARIA, 2012). Estes apoios são realizados por diversas estruturas (ARIA, n.d.; ARIA, 2012):

- Gabinete de Serviço Social – responsável pelo acolhimento de candidatos a clientes da associação, bem como a sua triagem e encaminhamento, e pelo acompanhamento de casos que consiste na resolução de problemas;
- Gabinete de Voluntariado – responsável pelo recrutamento e gestão da bolsa de voluntários para apoio nas atividades da instituição, bem como a formação dos voluntários, capacitando-os para o apoio na área da Saúde Mental;
- Formação Profissional e Emprego - responsável por promover a autonomia socioeconómica das pessoas com problemas de saúde mental, bem como o reforço das suas capacidades e competências socioprofissionais; dispõe de curso de jardinagem e espaços verdes, curso de restauração – empregados de mesa e curso de restauração – ajudantes de cozinha, em que os últimos 6 meses do curso consistem numa formação em posto de trabalho;
- Empresa de Inserção ARIA Jardins – visa responder a um nicho de mercado em expansão e assumir uma responsabilidade social no combate à exclusão, integrando profissionalmente pessoas com problemas de Saúde Mental e/ou em desvantagem psicossocial;
- Projeto Ajuda – responsável por promover a autonomia das pessoas com problemas de Saúde Mental e o reforço das suas capacidades e competências pessoais e sociais, através de respostas de apoio social, nomeadamente Unidades de Vida Protegida (apoio residencial comunitário de caráter temporário e/ou indefinido destinada sobretudo ao treino de autonomia de jovens e adultos com problemas de saúde mental, clinicamente estáveis, que necessitem de apoio significativo, mas que apresentam potencialidades de desenvolvimento pela integração em programa de reabilitação psicossocial e ausência de alternativa residencial ou tendo-a são rejeitados ou rejeitam os conviventes);
- Fóruns Sócio Ocupacionais (FSO) – estrutura de reabilitação psicossocial destinada a pessoas em desvantagem, transitória ou permanente, de origem psíquica; quatro fóruns sócio ocupacionais: Lisboa (FSO Lisboa e Fórum de Apoio Social (FAS)), Oeiras (FSO Oeiras) e Cascais (FSO Cascais);
- Projeto Redes - promoção de grupos de ajuda mútua para familiares de pessoas com perturbações psicóticas.

4.2. Fórum Sócio Ocupacional

O Fórum Sócio Ocupacional (FSO) é uma estrutura de reabilitação psicossocial destinado a 30 pessoas com desvantagem, transitória ou permanente, de origem psíquica, visando a sua (re) inserção sócio familiar e/ou profissional, bem como a sua eventual integração em programas de formação profissional (ARIA, n.d.). O FSO oferece assim um programa de reabilitação, proporcionando um leque de atividades de treino de competências, ocupacionais, lúdicas, pedagógicas, culturais e sociais, que visam promover a autonomia e qualidade de vida da pessoa com problemas de Saúde Mental (ARIA, n.d.).

O programa de reabilitação tem como objetivos: (1) promover a adesão a um plano terapêutico; (2) apoiar na elaboração de um projeto de vida; (3) reforçar capacidades de autonomia, escolha e defesa de interesses; (4) fomentar a (re) aquisição de competências; (5) facilitar a criação e/ou alargamento de uma rede social de suporte; (6) promover a integração socioprofissional; (7) disponibilizar apoio, informação, e assessoria às famílias, capacitando-as para lidar com a problemática do seu familiar, e (8)

sensibilizar o meio envolvente para a problemática da saúde mental, promovendo a qualidade de vida e a saúde mental (ARIA, n.d.).

Este tipo de estrutura resulta de um acordo de cooperação celebrado entre o Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo, a Administração Regional de Saúde de Lisboa (ARS) e a ARIA, em harmonia com as orientações aprovadas pelo Despacho conjunto nº407/98, publicado em Diário da República II, série nº138 de 18 de Junho de 1998.



Ilustração 1. Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa - Quinta do Cabrinha, Av. Ceuta.

4.2.1. Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa¹

O FSO Lisboa situa-se, desde 2003, no Bairro Quinta do Cabrinha, em Lisboa, e, funciona todos os dias úteis das 9h às 17h. Tem capacidade para atender 30 clientes, devidamente sinalizados através de um processo de admissão/triagem realizado pelo Gabinete de Serviço Social da ARIA. A equipa técnica é constituída pela Diretora Técnica do Fórum – Dra. Ana Catarina Malcata (Psicopedagoga), uma Psicóloga - Dra. Mónica Mateus - uma Técnica de Educação Especial e Reabilitação - Dra. Mafalda Príncipe - e uma Animadora Sócio

Cultural - Teresa Almeida, que intervêm numa perspetiva multidisciplinar, recebendo a colaboração de professores de Português, Inglês e Música, bem como de uma voluntária da área das Artes, e de várias estagiárias curriculares (e.g. Mestrado em Reabilitação Psicomotora – Faculdade de Motricidade Humana, Licenciatura em Educação Social – Instituto Superior de Ciências Educativas).

O programa desenvolvido no FSO Lisboa desenrola-se em diferentes atividades, tais como Treino de Competências Sociais, Atelier de Arte, Remediação Cognitiva, Ginástica Mental, Desenvolvimento Pessoal, Atelier de Emprego, Dois Dedos de Conversa (Grupo de Ajuda Mútua), Atividades de Vida Diária (AVD's), Culinária, Expressão Musical, Português, Inglês Criativo, Hidroginástica (Adaptação ao Meio Aquático), Relaxação e Psicomotricidade. Estas atividades têm como objetivos comuns o aumento da autoestima, a descoberta da identidade, a aquisição de novas competências e a promoção da qualidade de vida e de Saúde Mental dos clientes.

Uma outra particularidade do programa do FSO é a existência de uma reunião semanal entre a equipa técnica e os clientes. Esta reunião tem como objetivo principal o estabelecimento de um espaço de partilha comum entre técnicos e clientes, onde os clientes, para além de receberem as informações da equipa técnica sobre o funcionamento e atividades da instituição, têm igualmente o direito de expressar as suas opiniões sobre as mesmas e adotar, consequentemente, um papel ativo nas decisões que afetam toda a população do FSO, funcionando como uma forma de responsabilização, e contribuindo para o processo de Reabilitação Psicossocial do sujeito. Estas reuniões contaram com a participação regular da estagiária de Reabilitação Psicomotora como observadora participante. A reunião é habitualmente conduzida pela diretora técnica, sendo que na sua ausência as restantes técnicas a substituem.

Decorre também, uma vez por semana, um momento em que a equipa técnica se reúne para discutir todos os assuntos que forem necessários, nomeadamente discussão de

¹ Informação cedida pela Equipa Técnica do Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa.

casos de clientes, assuntos relacionados com o funcionamento do fórum ou com o decorrer das atividades, entre outras coisas. No momento em que decorre esta reunião de equipa, os clientes encontram-se numa atividade dinamizada por um professor externo, nomeadamente, na atividade de expressão musical.

III. Realização da Prática Profissional

1. Calendarização

Durante os meses de Novembro e Dezembro, a estagiária teve uma intervenção mais ao nível da observação, participando na grande maioria das atividades realizadas de forma mais passiva. Só a partir do início do ano de 2013 (2º semestre do ano letivo em que decorreu o estágio), é que passou a haver uma intervenção direta por parte da estagiária. A intervenção em contexto de ginásio e em meio aquático iniciou-se ao mesmo tempo, tendo um carácter de ocorrência semanal. Em Janeiro de 2013, tiveram início as sessões de Psicomotricidade na Academia de Fitness e Artes Marciais, sendo que até essa altura apenas tinha havido uma sessão em Novembro, motivada pela ausência da técnica que assegurava as sessões, e em Dezembro duas sessões, dedicadas à avaliação inicial. Igualmente, no mesmo mês de Janeiro, tiveram início as sessões de Hidroginástica (Adaptação ao Meio Aquático), sendo que estas sessões eram realizadas em cooperação com a Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação do Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa.

1.1. Horário de Estágio

Ao longo do ano ocorreram algumas alterações no horário do Programa do FSO Lisboa. No entanto, as atividades de Hidroginástica e Psicomotricidade não sofreram alterações, uma vez que estavam restritas à disponibilidade dos locais onde decorrem as sessões. Em seguida, encontra-se o horário de intervenção semanal realizada pela estagiária, sendo que a Psicomotricidade era a única atividade da total responsabilidade da mesma. (Tabela 1. Horário de Intervenção Semanal Realizada).

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
		Ginástica Mental (09h30-10h30)	Reunião de Equipa (09h30-12h30)	Atelier de Emprego (09h30-10h15)
		Hidroginástica (11h45-12h30)		Culinária (10h30-11h30)
Reunião Grupo				
	Remediação Cognitiva (14h30-15h15)	Remediação Cognitiva (14h30-15h15)	Treino de Competências Sociais (14h30-15h15)	Psicomotricidade (14h30-16h30)
			AVD's (15h30-16h30)	

Tabela 1. Horário de Intervenção Semanal Realizada

1.2. Sessões de Psicomotricidade

As sessões de Psicomotricidade na Academia de Fitness e Artes Marciais tinham uma duração de 120 minutos, embora parte desse tempo fosse utilizado para as deslocações, de forma que apenas passariam a ter uma duração de aproximadamente 90 minutos.

A intervenção na Academia de Fitness e Artes Marciais teve uma duração de 8 meses, contando com as sessões que foram realizadas em Novembro e Dezembro, perfazendo um total de 31 sessões previstas, das quais apenas 25 foram realizadas, sendo que as restantes seis sessões não ocorreram devido a visitas ao exterior e a interrupções para férias.

Mês	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
Dias		7	4	1	1	5	3	7
	9	14	11	8	8	12	10	14
	16	21	18	15	15	19	17	21
	23	28	25	22	22	26	24	28
	30				29		31	

Tabela 2. Planeamento das Sessões de Psicomotricidade na Academia de Fitness e Artes Marciais

	Sessões realizadas
	Interrupção do Natal e da Páscoa
	Visitas ao exterior
	Avaliações
	Reunião Interforuns
	Período de Observação

1.3. Sessões de Hidroginástica

As sessões de Hidroginástica na Piscina Municipal do Restelo tinham uma duração de 45 minutos, sem contar com o tempo necessário para as deslocações e o tempo dispensado nos balneários.

A intervenção na Piscina Municipal do Restelo teve a duração de 6 meses, perfazendo um total de 25 sessões previstas, das quais apenas 22 foram realizadas, sendo que as restantes três sessões não se realizaram devido a interrupções para férias, a um feriado e a um encerramento da piscina.

Mês	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
Dias	5	2	6	6	3	1	5
	12	9	13	13	10	8	12
	19	16	20	20	17	15	19
	26	23	27	27	24	22	
		30				29	

Tabela 3. Planeamento das Sessões de Hidroginástica na Piscina Municipal do Restelo

	Sessões realizadas
	Interrupção do Natal e da Páscoa
	Feriado
	Piscina encerrada
	Avaliações
	Período de Observação

2. População Apoiada

A população atendida na ARIA tem, como característica principal, um diagnóstico estabelecido ao nível das perturbações da Saúde Mental. O diagnóstico mais comum nos clientes acompanhados no FSO Lisboa é a Esquizofrenia. Porém, existem também clientes com perturbações ao nível da personalidade (e.g. Perturbação de Borderline), ao nível do Humor (e.g. Perturbação Bipolar), ao nível da ansiedade (e.g. Perturbação Obsessivo-Compulsiva) ou ao nível do desenvolvimento (e.g. Síndrome de Asperger).

2.1. Intervenção Psicomotora em contexto de Ginásio

O grupo acompanhado ao longo das sessões de Psicomotricidade na Academia de Fitness e Artes Marciais caracterizava-se por ser um grupo aberto e com diversas variações na sua constituição ao longo da intervenção. Estas características devem-se ao facto do Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa ser uma estrutura que sofre constante entrada e saída de clientes. Por estes motivos, teve que haver uma seleção de um grupo restrito para ser alvo de avaliação e posterior definição de objetivos de intervenção.

O grupo era constituído por clientes com idades compreendidas entre os 17 e 56 anos e a sua dimensão variou entre os 8 e os 18 elementos, sendo a média de clientes por sessão de 13, conforme se verifica pelo gráfico 1.

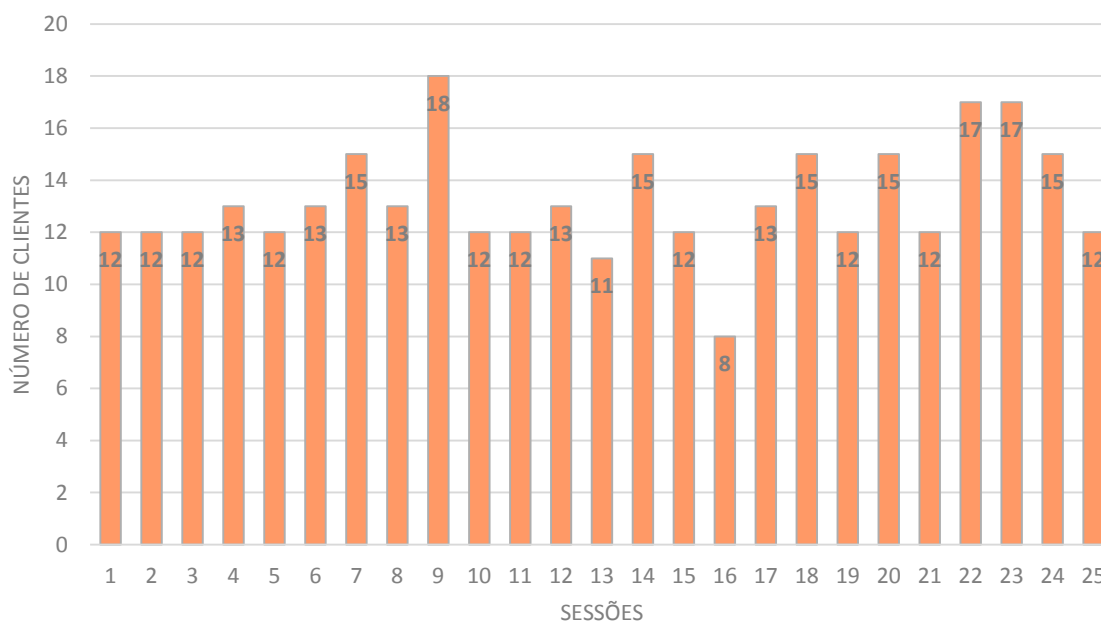


Gráfico 1. Número de clientes presentes em cada sessão de Psicomotricidade

Durante o período de intervenção, contou-se com a presença de 30 clientes, 14 do género feminino e 16 do género masculino. Dos 30 clientes, nenhum deles esteve presente em todas as sessões realizadas, ou seja, nas 25 sessões, como é possível verificar no gráfico 2.

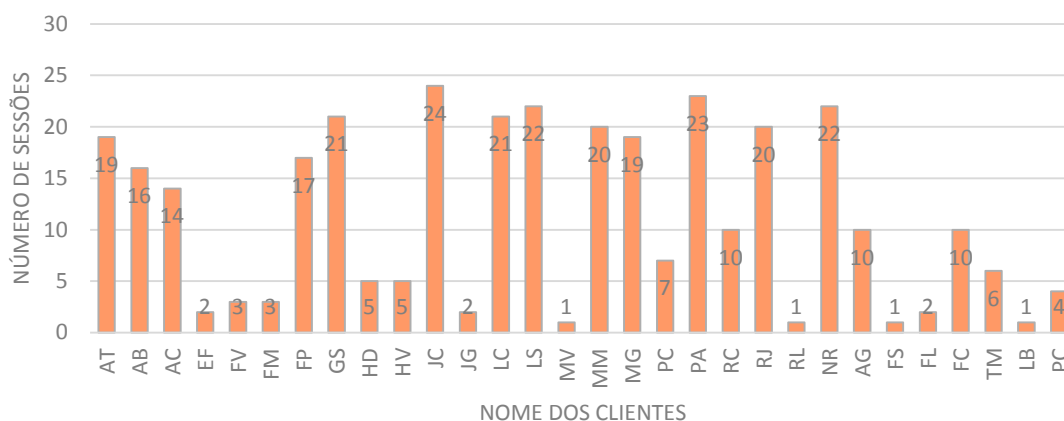


Gráfico 2. Número de sessões de Psicomotricidade em que cada cliente esteve presente

2.2. Intervenção Psicomotora em Meio Aquático

O grupo de intervenção neste contexto deveria ser constituído, no máximo, por 15 clientes, uma vez que foi este número apresentado na candidatura efetuada pelo Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa à Piscina Municipal do Restelo. No entanto, o número de clientes que participaram nas sessões de adaptação ao meio aquático variou entre 4 e 7 elementos, sendo a média de clientes por sessão de 5, conforme se verifica pelo gráfico 3.

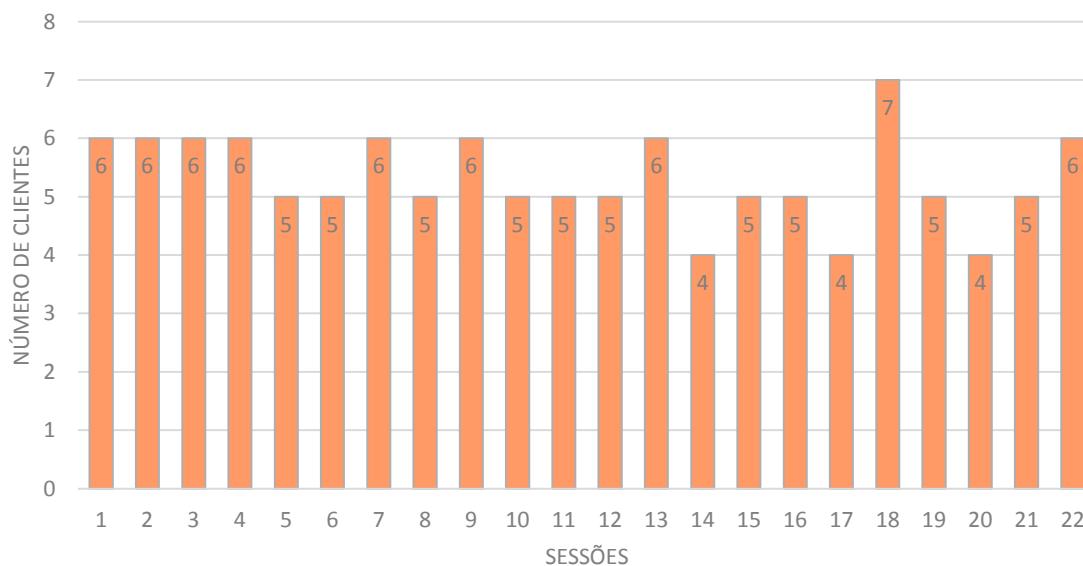


Gráfico 3. Número de clientes presentes em cada sessão de Hidroginástica

Durante o período de intervenção, contou-se com a presença de 7 clientes, 2 do género feminino e 5 do género masculino. Dos 7 clientes, nenhum deles esteve presente em todas as sessões realizadas, ou seja, nas 22 sessões, como é possível verificar no gráfico 4.

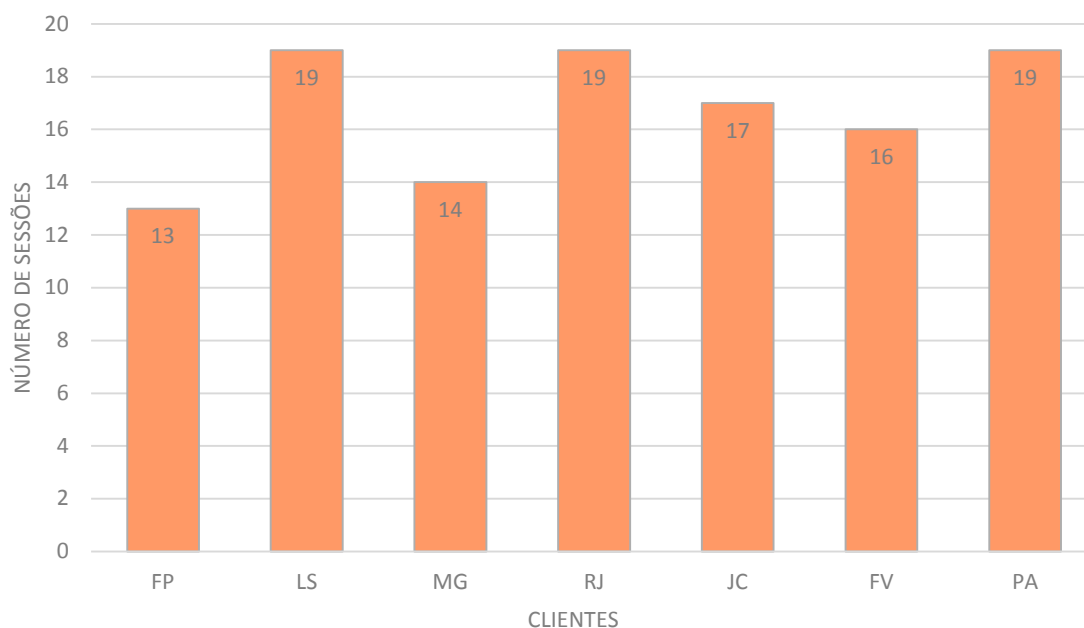


Gráfico 4. Número de sessões de Hidroginástica em que cada cliente esteve presente.

3. Avaliação

3.1. Instrumentos de Avaliação

No âmbito da intervenção na ARIA, foi utilizado um conjunto de instrumentos de avaliação que, em colaboração com a orientadora de estágio, foi definido de modo a ir de encontro aos objetivos do mesmo.

Como instrumentos de avaliação foram utilizados as seguintes escalas, que vão ser apresentadas de acordo com a ordem pela qual os objetivos deverão ser trabalhados, uma vez que os primeiros instrumentos (1 a 4) avaliam itens sobre os quais se pode intervir diretamente (ex.: competências sociais básicas e avançadas) e os últimos (5 a 7) dizem respeito a itens nos quais poderá haver alterações após a intervenção ao nível dos primeiros (ex.: autoconceito), ou seja, melhorias nas primeiras competências deverão influenciar as últimas competências. O último instrumento apresentado diz respeito à intervenção em meio aquático, enquanto os primeiros 7 instrumentos dizem respeito à intervenção em ginásio. A ordem por que serão apresentados será então a seguinte:

(1) *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais (Goldstein, 1980 adaptado por Dinis & Mateus, 2007), (2) Inventário de Resolução de Problemas Sociais (Dugas, Ladouseur & Freeston, 1996 traduzido e adaptado por Matos, Simões, Carvalhosa & Reis 1999), (3) Sistema de Avaliação Comportamental da Habilidade Social (Caballo, 1987 traduzido e adaptado por Dinis & Mateus, 2007), (4) Teste de Assertividade (Cadogan, 1990 traduzido e adaptado por Antunes & Felisberto, 2005), (5) Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora – LOFOPT (Coppennolle, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989), (6) *Beck Youth Inventories* – Second Edition (Beck *et al.*, 2005), (7) Escala de Competências de Comunicação no Relacionamento Interpessoal (Matos, Simões, Carvalhosa & Reis, 1999 adaptado por Antunes & Felisberto, 2005), e (8) Ficha de Observação – Avaliação Informal (Dinis & Mateus, 2008 adaptado por Carvalho, 2012).

3.1.1. Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais (Goldstein, 1980 adaptado por Dinis & Mateus, 2007)

A *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais é um instrumento que avalia seis categorias de competências sociais (i.e. competências sociais básicas, competências sociais avançadas, competências para lidar com os sentimentos, competências alternativas à agressividade, competências para lidar com o stress, e competências de planeamento) (Goldstein, Sprafkin, Gershaw, & Klein, 1980). Cada uma destas categorias é subdividida em competências que lhe estão respetivamente associadas. Este instrumento está concebido com a possibilidade de cinco opções de resposta, cotadas de 1 a 5, e correspondentes à frequência ou capacidade de apresentação da competência por parte do avaliado, (1 = nunca; 2 = quase nunca; 3 = algumas vezes; 4 = muitas vezes; 5 = sempre) (Goldstein *et al.*, 1980).

A aplicação deste instrumento tem como objetivo conhecer as capacidades dos indivíduos avaliados, antes e após a intervenção, o que permite aos técnicos aferir a existência ou não da evolução na aprendizagem das competências avaliadas, e desta forma poder equacionar futuras intervenções especificamente adaptadas à população em questão (Goldstein *et al.*, 1980).

Esta *checklist* pode ser preenchida diretamente pela população-alvo a quem está a ser aplicado o teste, ou pelo técnico, dependendo da informação a ser recolhida e das capacidades do indivíduo ou grupo-alvo (Goldstein, Sprafkin, Gershaw, & Klein, 1980).

3.1.2. Inventário de Resolução de Problemas Sociais (Dugas, Ladouseur & Freesrton, 1996 traduzido e adaptado por Matos, Simões, Carvalhosa & Reis 1999)

Este instrumento tem como principal objetivo avaliar a forma como o indivíduo responde a situações específicas que estão inseridas no processo de resolução de problemas, sendo a sua opção de resposta a mais próxima da sua forma habitual de pensar e se comportar nestas situações. É constituído por catorze afirmações que descrevem formas de pensar, sentir e se comportar face aos problemas do quotidiano.

Para cada uma das afirmações, o indivíduo poderá escolher apenas uma resposta (assinalada com X), podendo estas ser dadas de acordo com uma escala de 1 a 5, sendo que o 1 corresponde a “nunca” e o 5 corresponde a “sempre”.

A aplicação deste instrumento poderá ser feita pelo avaliador, perguntando ao avaliado qual a sua resposta a cada item do teste, ou poderá ser preenchido autonomamente pelo avaliado (podendo ter supervisão do avaliador), de acordo com as capacidades cognitivas e motoras do sujeito avaliado.

3.1.3. Sistema de Avaliação Comportamental da Habilidade Social (Caballo, 1987 traduzido e adaptado por Dinis & Mateus, 2007)

Esta escala corresponde a um formato de avaliação dos principais comportamentos manifestados por um indivíduo ao longo de uma interação social, e é respondido pelo avaliador após ter observado o sujeito avaliado numa situação de interação social (Caballo, 1993).

Esta situação poderá ser simulada através de *role-play* da realidade e é, normalmente, registada em vídeo e posteriormente avaliada (Caballo, 1993). O avaliador observa o comportamento do sujeito pontuando (de 1 a 5) a adequação de cada uma das subcomponentes incluídas na escala, as quais se inserem em três grandes componentes de interação social (Caballo, 1993): 1) Componente Verbal – Conteúdo, Humor, Atenção Pessoal, Perguntas, Respostas às Perguntas; 2) Componente Não-Verbal – Expressão

Social, Olhar, Sorrisos, Postura, Orientação, Distância/Contato Físico, Gestos, Aparência Pessoal, Oportunidade dos Reforços e 3) Componente Para linguístico – Volume da Voz, Entoação, Timbre, Fluidez, Velocidade, Clareza, Tempo de Fala). A pontuação igual ou superior a 3 indica que esse comportamento é adequado (em maior ou menos grau), e que não seria necessária uma alteração do referido componente. Uma pontuação inferior a 3 requereria uma intervenção que tornasse mais adequado o elemento principal em questão (Caballo, 1993).

3.1.4. Teste de Assertividade (Cadogan, 1990 traduzido e adaptado por Antunes & Felisberto, 2005)

É um instrumento de avaliação que pretende avaliar a forma como os indivíduos pensam reagir habitualmente a várias situações do quotidiano. É constituído por dez situações tipo, cada uma delas com três opções de resposta, correspondendo cada uma delas a um tipo de resposta assertivo, passivo e agressivo.

A aplicação deste instrumento poderá ser feita pelo avaliado (podendo ter supervisão do avaliador), de acordo com as capacidades cognitivas e motoras do sujeito alvo.

3.1.5. Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora – LOFOPT (Coppenolle, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989)

É um instrumento que oferece informação e indicações diretas e relevantes para a Terapia Psicomotora, uma vez que elas derivam de objetivos psicológicos terapêuticos (Coppenolle, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989). Os mesmos autores referem que este pode ser considerado um instrumento objetivo e de confiança, uma vez que diferentes observadores chegaram aos mesmos valores, ao mesmo tempo, assim como após um intervalo de três semanas.

Um dos benefícios desta escala é também o facto de o relatório do terapeuta ser melhor estandardizado e estruturado, uma vez que os mesmos nove itens são sempre inseridos no seu relatório para a equipa terapêutica (Coppenolle, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989). Outra vantagem refere-se ao facto de esta escala não mostrar a evolução do cliente de uma forma quantitativa, para cada item separadamente, assim como para os nove itens em conjunto, que podem ser considerados como um reflexo de uma avaliação global do comportamento desviante em atividades (Coppenolle, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989).

Esta escala encontra-se dividida em nove itens, nomeadamente: relações emocionais, autoconfiança, tipo de atividade, relaxação, controlo de movimento, capacidade de atenção, expressão corporal, comunicação verbal e regras sociais (Coppenolle, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989). Para cada item desta escala foi estabelecida uma pontuação que vai de -3 a +3, indicando numa extremidade um comportamento excessivamente perturbado e na outra o comportamento oposto e igualmente perturbado, respetivamente. O comportamento perturbado dos doentes psiquiátricos pode assim apresentar-se como um excesso ou uma falta (Coppenolle, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989). A pontuação 0 é correspondente ao comportamento não perturbado respeitante ao item observado (Coppenolle, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989).

3.1.6. Beck Youth Inventories – Second Edition (Beck et al., 2005)

Esta escala encontra-se dividida em duas partes, num total de 100 itens (Pearson, 2014). A primeira parte é constituída por 60 itens e a segunda parte por 40 itens. Os itens encontram-se agrupados em cinco categorias, que são: Autoconceito (questão 1 a 20 – parte I), Ira (questão 21 a 40 – parte I), Comportamento Disruptivo (questão 41 a 60 – parte I), Ansiedade (questão 1 a 20 – parte II) e Depressão (questão 21 a 40 – parte II) (Pearson, 2014). Destes 5 categorias apenas a primeira é positiva, os outros são negativas (Pearson, 2014).

Relativamente à forma de aplicação, é feita através de uma tabela preenchida pelo próprio avaliado em que são apresentadas situações para as quais são dadas cinco opções de resposta, variando entre nunca e sempre, no que diz respeito à frequência com que o avaliado se revê naquele tipo de comportamento (Pearson, 2014).

3.1.7. Escala de Competências de Comunicação no Relacionamento Interpessoal (Matos, Simões, Carvalhosa & Reis, 1999 adaptado por Antunes & Felisberto, 2005)

Este instrumento tem como principal objetivo avaliar a forma como o indivíduo responde a situações específicas da comunicação não-verbal, sendo a sua opção de resposta a mais próxima da sua maneira habitual de pensar e de se comportar nessas situações. É constituído por seis questões, que retratam aquela dimensão particular de comunicação. Para cada uma das afirmações é pedido ao indivíduo que assinale com X apenas uma resposta, podendo esta ser dada de acordo com uma escala de 1 a 5, sendo que o 1 corresponde a “nunca” e o 5 a “sempre”.

A aplicação deste instrumento poderá ser feita pelo avaliador, perguntando ao avaliado qual a sua resposta a cada item, ou poderá ser preenchida autonomamente pelo avaliado (podendo ter supervisão), de acordo com as capacidades cognitivas e motoras do sujeito avaliado.

3.1.8. Ficha de Observação² - Intervenção em Meio Aquático (Dinis & Mateus, 2008 adaptado por Carvalho, 2012)

Esta ficha é um instrumento de avaliação informal sobre competências que se pretende que os clientes adquiram no que respeita à Adaptação ao Meio Aquático. A aplicação desta escala consiste na observação de um conjunto de competências base da adaptação ao meio aquático, seguida do preenchimento da respetiva grelha de observação por parte do avaliador. No que diz respeito à sua cotação, são contempladas as opções “sim” (realiza) e “não” (não realiza).

À ficha original foi acrescentada pela estagiária uma breve lista de competências a nível da interação social, que se podem avaliar em meio aquático, nomeadamente no contexto de atividades de grupo (jogos em equipa, etc.).

² Informação cedida pela Equipa Técnica do Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa.

3.2. Condições e Avaliação Inicial

3.2.1. Intervenção em Ginásio

3.2.1.1. Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais

Este instrumento de avaliação foi aplicado na Sala de Atividades do Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa, numa fase inicial no mês de Dezembro e numa fase final no mês de Junho.

O preenchimento desta escala foi realizado pelos clientes, com a devida supervisão do técnico após o momento inicial de explicação dos itens constituintes da escala e da forma de preenchimento da mesma.

Através desta avaliação foram definidas áreas fortes, intermédias e fracas, de acordo com o valor médio obtido por cada um dos clientes, em cada um dos grupos de competências sociais avaliadas pelo teste em questão. A nível teórico, pela forma como o instrumento está concebido, foram associadas às opções 1 (“nunca”) e 2 (“quase nunca”) as áreas fracas, à opção 3 (“alguns vezes”) as áreas intermédias e às opções 4 (“muitas vezes”) e 5 (“sempre”) as áreas fortes. A nível estatístico, os grupos de competências cuja média de resposta se situou entre os valores 1 e 2,5 foram considerados áreas fracas, entre 2,51 e 3,5 áreas intermédias e entre 3,51 e 5 áreas fortes.

Tendo em consideração as médias obtidas em cada um dos grupos de competências sociais, fez-se a seguinte distribuição por áreas fracas, intermédias e fortes.

As Competências Sociais Básicas, as Competências Alternativas à Agressividade e as Competências de Planeamento correspondem a áreas fortes, sendo as médias de 3,57, 3,53 e 3,54, respetivamente. As Competências Sociais Avançadas, as Competências para Lidar com os Sentimentos e as Competências para Lidar com o Stress pertencem a áreas intermédias com valores médios de 3,20, 3,47 e 3,29, respetivamente.

3.2.1.2. Inventário de Resolução de Problemas Sociais

Este instrumento de avaliação foi aplicado na Sala de Atividades do Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa, numa fase inicial no mês de Dezembro e numa fase final no mês de Junho.

O preenchimento desta escala foi realizado pelos clientes, com a devida supervisão do técnico após o momento inicial de explicação dos itens constituintes da escala e da forma de preenchimento da mesma.

Através da análise deste teste foram definidas áreas fortes, intermédias e fracas, de acordo com o valor médio obtido pelos utentes em cada uma das questões do teste, referentes a diversas situações. A nível teórico, pela forma como o instrumento está concebido, foram associadas às opções 1 (“nunca”) e 2 (“poucas vezes”) as áreas fracas, à opção 3 (“algumas vezes”) as áreas intermédias e às opções 4 (“muitas vezes”) e 5 (“sempre”) as áreas fortes. A nível estatístico, as respostas às situações avaliadas cujo valor médio se situou entre os valores 1 e 2,50 foram consideradas áreas fracas, entre 2,51 e 3,50 áreas intermédias e entre 3,51 e 5 áreas fortes.

Tendo em conta as médias obtidas na avaliação inicial, fez-se a seguinte distribuição por áreas fortes, intermédias e fracas. Nas Capacidades para a Resolução de Problemas Sociais, o grupo obteve uma média (3,42) que corresponde a uma área intermédia.

3.2.1.3. Sistema de Avaliação Comportamento da Habilidade Social

Este instrumento de avaliação foi aplicado na Sala de Atividades do Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa, numa fase inicial no mês de Dezembro e numa fase final no mês de Junho.

O preenchimento desta escala foi realizado pelos clientes, com a devida supervisão do técnico após o momento inicial de explicação dos itens constituintes da escala e da forma de preenchimento da mesma.

De acordo com a análise deste questionário, foram definidas áreas fortes, intermédias e fracas. Sendo que este questionário tem respostas numa escala de 1 a 5, em que o 1 representa o pior resultado possível e o 5 o melhor resultado possível, foi atribuído aos valores 1 e 2 as áreas fracas, ao 3 as áreas intermédias, e ao 4 e ao 5 as áreas fortes.

A nível estatístico, as respostas cujo valor médio se situou entre os valores 1 e 2,50 foram consideradas áreas fracas, entre 2,51 e 3,50 áreas intermédias e entre 3,51 e 5 áreas fortes.

O questionário está dividido em 3 componentes, que são: as componentes Não-Verbais, as componentes Paralinguísticas e as componentes Verbais. Estas componentes são constituídas por várias áreas.

Tendo em conta as médias obtidas em cada uma das componentes que constituem o instrumento, fez-se a seguinte distribuição por áreas fortes, intermédias e fracas. As médias obtidas na avaliação inicial do grupo em todas as componentes correspondem a áreas intermédias, cujos valores são 2,93 para as componentes Não-Verbais e Paralinguísticas, e 2,96 para as componentes Verbais.

3.2.1.4. Teste de Assertividade

Este instrumento de avaliação foi aplicado na Sala de Atividades do Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa, numa fase inicial no mês de Dezembro e numa fase final no mês de Junho.

O preenchimento desta escala foi realizado pelos clientes, com a devida supervisão do técnico após o momento inicial de explicação dos itens constituintes da escala e da forma de preenchimento da mesma.

De acordo com a análise dos resultados obtidos na aplicação deste instrumento aos clientes, procedeu-se à contagem das respostas passivas, assertivas e agressivas para cada uma das situações apresentadas no teste. Na avaliação inicial, verificou-se uma maior percentagem de Respostas Assertivas (80%) em relação à percentagem de Respostas Passivas (18%) e Respostas Agressivas (2%).

3.2.1.5. Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora

Este instrumento de avaliação foi aplicado numa fase inicial no mês de Dezembro e numa fase final no mês de Junho.

O preenchimento desta escala foi realizado pela estagiária, após a observação realizada nas sessões de avaliação em contexto de ginásio.

Tendo em conta que a cotação desta escala varia entre os valores -3 e +3, e que se considera que o valor 0 é o valor mais adequado a cada situação, tem-se em conta o número de respostas com cotação 0 em cada área. As áreas em que houver um maior número de zeros nas respostas vão ser tomadas como as áreas mais fortes do grupo. As que tiverem menor número de zeros vão ser as mais fracas.

Para analisar esta escala, procedeu-se à atribuição dos valores para definir as áreas fortes, intermédias e fracas. Deste modo, a nível estatístico, as respostas cujo valor de zeros se situou entre os valores 1 e 4 foram consideradas áreas fracas, entre 5 e 7 áreas intermédias e iguais ou superiores a 8 áreas fortes.

Na avaliação inicial, observa-se que as áreas fortes referem-se às categorias do Controlo do Movimento, da Comunicação Verbal e das Regras Sociais. As áreas intermédias correspondem às categorias Relações Emocionais, Tipo de Atividade e Capacidade de Atenção. As restantes categorias – Autoconfiança, Relaxação e Expressão Corporal traduzem-se em áreas fracas.

3.2.1.6. Beck Youth inventories

Este instrumento de avaliação foi aplicado na Sala de Atividades do Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa, numa fase inicial no mês de Dezembro e numa fase final no mês de Junho.

O preenchimento desta escala foi realizado pelos clientes, com a devida supervisão do técnico após o momento inicial de explicação dos itens constituintes da escala e da forma de preenchimento da mesma.

Na primeira categoria – Autoconceito – aos valores 1 e 2 serão atribuídas as áreas fracas, ao valor 3 as áreas intermédias e aos valores 4 e 5 serão atribuídas as áreas fortes. A nível estatístico, as categorias cuja média de resposta se situou entre os valores 1 e 2,5 foram consideradas áreas fracas, entre 2,51 e 3,5 áreas intermédias e entre 3,51 e 5 áreas fortes. Nas restantes categorias – Ira, Comportamento Disruptivo, Ansiedade e Depressão – aos valores 1 e 2 serão atribuídos as áreas fortes, ao valor 3 as áreas intermédias e aos valores 4 e 5 serão atribuídas as áreas fracas. A nível estatístico, as categorias cuja média de resposta se situou entre os valores 1 e 2,5 foram consideradas áreas fortes, entre 2,51 e 3,5 áreas intermédias e entre 3,51 e 5 áreas fracas.

Deste modo, as categorias do Autoconceito, da Ira, da Ansiedade e da Depressão correspondem a área intermédias, nas quais o grupo apresentou valores médios de 3,47, 2,60, 2,9, e 2,59, respetivamente. A categoria do Comportamento Disruptivo pertence a uma área forte, cuja média da avaliação inicial foi de 1,7.

3.2.1.7. Escala de Competências de Comunicação no Relacionamento Interpessoal

Este instrumento de avaliação foi aplicado na Sala de Atividades do Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa, numa fase inicial no mês de Dezembro e numa fase final no mês de Junho.

O preenchimento desta escala foi realizado pelos clientes, com a devida supervisão do técnico após o momento inicial de explicação dos itens constituintes da escala e da forma de preenchimento da mesma.

Através da análise deste instrumento foram definidas áreas fortes, intermédias e fracas, de acordo com o valor médio obtido pelos utentes em cada uma das questões que compõem o instrumento. A nível teórico, pela forma como o instrumento está concebido, foram associados às opções 1 (“nunca”) e 2 (“poucas vezes”) às áreas fracas, à opção 3 (“algumas vezes”) às áreas intermédias, e às opções 4 (“muitas vezes”) e 5 (“sempre”) às áreas fortes. A nível estatístico, as respostas às situações avaliadas cujo valor médio se situou entre os valores 1 e 2,50 foram consideradas áreas fracas, entre 2,51 e 3,50 áreas intermédias e entre 3,51 e 5 áreas fortes.

Tendo em conta as médias obtidas em cada uma das questões que constituem o instrumento, fez-se a seguinte distribuição por áreas fortes, intermédias e fracas. A área da Distância Interpessoal e Contacto Físico é uma área forte com média de 3,58. As restantes áreas – Gestos, Expressão Facial, Expressão da Voz, Olhar e Postura, correspondem a áreas intermédias, com valores médios de 3,17, 3,00, 3,42, 3,33 e 2,83, respetivamente.

3.2.2. Intervenção em Meio Aquático

3.2.2.1. Ficha de Observação

Este instrumento de avaliação foi aplicado em contexto de meio aquático, nomeadamente na Piscina Municipal do Restelo, numa fase inicial no mês de Janeiro e numa fase final no mês de Junho.

O preenchimento desta escala foi realizado pela técnica, com base numa observação realizada aos clientes que frequentam as sessões de Hidroginástica.

Através da análise deste instrumento, observa-se que as áreas que se podem considerar fortes são a Entrada na Água, a Imersão, a Respiração, os Deslocamentos, a Saída da Água e a Familiarização/Motivação com percentagens de 89%, 81%, 90%, 86%, 86% e 82%, respetivamente. As áreas do Equilíbrio/Flutuações (78%), das Transições (66%) e das Competências Sociais (74%), podem ser consideradas como áreas intermédias. Por fim, as áreas com resultados mais baixos são as Rotações (43%).

3.3. Áreas Fortes, Intermédias e Fracas

3.3.1. Intervenção em Ginásio

De acordo com o mesmo critério utilizado para a definição dos diferentes tipos de áreas nas competências avaliadas pelos instrumentos (1) *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais (Goldstein, 1980 adaptado por Dinis & Mateus, 2007), (2) Inventário de Resolução de Problemas Sociais (Dugas, Ladouseur & Freesrton, 1996 traduzido e adaptado por Matos, Simões, Carvalhosa & Reis 1999), (3) Sistema de Avaliação Comportamental da Habilidade Social (Caballo, 1987 traduzido e adaptado por Dinis & Mateus, 2007), (4) Teste de Assertividade (Cadogan, 1990 traduzido e adaptado por Antunes & Felisberto, 2005), as competências contidas em cada grupo dessas áreas foram distribuídas da seguinte forma (Tabela 1). Foram escolhidas as competências avaliadas por estes instrumentos, uma vez que é sobre estas competências que o terapeuta pode intervir diretamente, de modo a conseguir alcançar outros objetivos em áreas nas quais, indiretamente, através das competências sociais se podem obter resultados, como é o caso do autoconceito, da autoconfiança, das relações emocionais, entre outras. Estas áreas fracas, intermédias e fortes foram definidas de modo que posteriormente pudessem ser definidos objetivos de intervenção a este nível (Tabela 4. Áreas Fortes, Intermédias e Fracas – Intervenção em Ginásio).

Competências	Fortes	Intermédias	Fracas
Competências Sociais Básicas	“Ouvir” “Dizer obrigado” “Dar um elogio”	“Iniciar uma conversa” “Ter uma conversa” “Fazer perguntas” “Apresentar-se” “Apresentar outras pessoas”	-
Competências Sociais Avançadas	“Pedir desculpa”	“Pedir ajuda” “Juntar-se a um grupo” “Dar instruções” “Seguir instruções” “Convencer os outros”	-
Competências para Lidar com Sentimentos	“Conhecer os sentimentos” “Expressar afeto” “Lidar com o medo”	“Expressar os sentimentos” “Compreender os sentimentos dos outros” “Lidar com a fúria de alguém” “Gratificar-se a si próprio”	-
Competências Alternativas à Agressividade	“Pedir permissão” “Partilhar alguma coisa” “Ajudar os outros” “Evitar problemas com os outros” “Manter-se fora das lutas”	“Negociar/combinar” “Usar autocontrolo” “Defender os seus direitos” “Responder à provocação/gozo”	-
Competências para Lidar com o Stress	“Responder a uma queixa”	“Fazer queixa” “Lidar com o embaraço” “Lidar com a exclusão” “Responder à persuasão” “Lidar com uma acusação” “Lidar com a pressão do grupo”	-
Competências de Planeamento	“Decidir o que causou um problema” “Definir um objetivo” “Decidir com base nas tuas habilidades” “Concentrar na tarefa”	“Decidir o que fazer” “Reunir informação” “Ordenar os problemas de acordo com a sua importância” “Tomar uma decisão”	-
Competências para a Resolução de Problemas Sociais	“Quando me esforço consigo resolver os meus problemas”	“Fico calmo(a) quando tenho dificuldades porque tenho a certeza que vou ser capaz de arranjar uma solução”	-

	<p>“Quando tenho um problema penso que existe uma solução para o resolver”</p> <p>“Faço um grande esforço para lidar com os problemas”</p> <p>Quando o resultado da minha solução não é satisfatório, tento perceber qual foi o erro para em seguida tentar uma nova maneira de o resolver”</p> <p>“Depois de ter aplicado uma solução a um problema tento avaliar o mais atentamente possível se a situação melhorou”</p> <p>“Quando tento decidir qual é a melhor solução para uma problema tento avaliar as consequências de cada solução de modo a poder comparar umas com as outras”</p>	<p>“Quando tenho um problema consigo pensar em várias soluções”</p> <p>“Sou capaz de resolver os meus problemas”</p> <p>“Quando tomo decisões avalio e comparo atentamente as alternativas”</p> <p>“Quando tento encontrar uma solução para um problema penso em várias soluções possíveis para depois tentar encontrar a melhor”</p> <p>“Quando tenho um problema muito complicado tento dividi-lo em problemas mais pequenos para os poder resolver um de cada vez”</p> <p>“Quando aparece um problema na minha vida tento resolvê-lo o mais rapidamente possível”</p> <p>“Quando tento decidir qual é a melhor solução para um problema penso várias vezes nos prós e nos contras de cada solução”</p>	
Componentes Não-Verbais		<p>Expressão facial</p> <p>Olhar</p> <p>Sorrisos</p> <p>Postura</p> <p>Orientação</p> <p>Distância/contacto físico</p> <p>Gestos</p> <p>Aparência pessoal</p> <p>Oportunidade dos reforços</p>	
Componentes Paralinguísticas		<p>Volume da voz</p> <p>Entoação</p> <p>Timbre</p> <p>Fluidez</p> <p>Velocidade</p> <p>Clareza</p> <p>Tempo de fala</p>	

Componentes Verbais		Conteúdo Humor Atenção pessoal Perguntas Respostas às perguntas	
Competências de Assertividade	Respostas assertivas	Respostas passivas	Respostas agressivas

Tabela 4 Áreas Fortes, Intermédias e Fracas – Intervenção em Ginásio

3.3.2. Intervenção em Meio Aquático

De acordo com o critério utilizado para a definição dos diferentes tipos de áreas nas competências avaliadas pela Ficha de Observação (8), foram definidas áreas fortes, intermédias e fracas, de modo a posteriormente serem definidos objetivos de intervenção a este nível (Tabela 5. Áreas Fortes, Intermédias e Fracas – Intervenção em Meio Aquático).

Áreas fortes	Áreas intermédias	Áreas fracas
Entrada na água	Equilíbrio/flutuações	Rotações
Imersão	Transições	
Respiração	Competências Sociais	
Deslocamentos		
Saída da água		
Familiarização/motivação		

Tabela 5. Áreas Fortes, Intermédias e Fracas – Intervenção em Meio Aquático

4. Intervenção

4.1. Contextos de Intervenção

4.1.1. Intervenção em Ginásio

O espaço de intervenção onde foram realizadas as sessões de Psicomotricidade foi o ginásio pertencente à Academia de Fitness e Artes Marciais, localizado na Avenida de Ceuta, paralelamente à rua onde se situam as instalações do Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa, pelo que as deslocações eram feitas a pé. Este espaço é constituído por duas áreas diferenciadas, uma equipada com material de musculação, e uma destinada à prática das artes marciais, com colchões a revestir o chão na sua totalidade. Estes dois espaços encontram-se divididos por uma estante metálica, utilizada pelos clientes e pela estagiária para colocarem alguns dos seus pertences. Antes de entrarem na zona dos colchões, os clientes e a estagiária tinham que descalçar os sapatos, deixando-os na zona da entrada, juntamente também com alguns dos seus pertences.

A administração do pavilhão pediu expressamente ao grupo que não tocassem nos materiais de musculação que se encontram no ginásio. Desta forma, coube à estagiária alertar os clientes acerca desta regra, advertindo-os quando desrespeitassem a mesma.



Ilustração 2. Entrada da Academia de Fitness e Artes Marciais



Ilustração 3. Espaço de Intervenção

4.1.2. Intervenção em Meio Aquático

O espaço de intervenção onde foram realizadas as sessões de adaptação ao meio aquático (AMA) foi a Piscina Municipal do Restelo, localizada na Rua Antão Gonçalves, Restelo. A piscina utilizada é um tanque de competição com uma profundidade que varia entre 1,10m e 1,90m ao longo da piscina, e pode ser dividido em seis pistas, sendo que uma delas estava reservada à nossa intervenção. Todo o material utilizado na intervenção (pranchas, pull-boys, arcos, rolos flutuadores, etc.) é cedido pela piscina. Para a utilização das instalações da piscina é obrigatório o uso de facto de banho adequado, touca e chinelos (e óculos, no caso de ser necessário). As deslocações para este local de intervenção são realizadas de autocarro, sendo os clientes acompanhados por duas técnicas do Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa.



Ilustração 4. Piscina Municipal do Restelo

4.2. Planeamento da Intervenção

4.2.1. Intervenção em Ginásio

4.2.1.1. Objetivos

Em função da avaliação inicial efetuada foram traçados objetivos, tendo em conta as áreas fortes, intermédias e fracas do grupo de intervenção, determinadas pelo resultado da avaliação inicial realizada. É de salientar que não foi realizada uma intervenção apenas ao nível das áreas fracas, na medida em que algumas das áreas consideradas intermédias e fortes foram consideradas pela estagiária como áreas de especial importância (Tabela 6. Objetivos Gerais e Específicos – Intervenção em Ginásio).

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover as competências sociais	<u>Básicas:</u> Promover a capacidade de ouvir o outro; Promover a capacidade de iniciar uma conversa; Promover a capacidade de ter uma conversa; Desenvolver a capacidade de fazer perguntas; Promover a capacidade de se apresentar a si próprio; Promover a capacidade de apresentar outras pessoas. <u>Avançadas:</u> Melhorar a capacidade de pedir ajuda; Promover a capacidade de se juntar a um grupo; Desenvolver a capacidade de dar instruções; Desenvolver a capacidade de seguir instruções; Promover a capacidade de convencer os outros; Desenvolver a capacidade de pedir desculpa ajustadamente.
Promover as competências para lidar com os sentimentos	Melhorar a capacidade de expressar os sentimentos (adequadamente); Melhorar a capacidade de compreender os sentimentos dos outros; Promover a capacidade de lidar com a fúria de alguém; Promover a capacidade de gratificar-se a si próprio.
Promover as competências alternativas à agressividade	Melhorar a capacidade de negociar/combinar; Promover a capacidade de usar o autocontrolo; Melhorar a capacidade de defender os seus direitos; Melhorar a capacidade de responder à provocação/gozo; Melhorar a capacidade de pedir permissão; Promover a capacidade de se manter fora de lutas.
Promover as competências para lidar com o stress	Melhorar a capacidade de fazer queixa; Melhorar a capacidade de lidar com o embaraço; Melhorar a capacidade de lidar com a exclusão; Promover a capacidade de responder corretamente à persuasão; Promover a capacidade de lidar com uma acusação; Promover a capacidade de lidar com a pressão do grupo.

Promover as competências de planeamento	<p>Promover a capacidade de decidir o que fazer, no momento adequado;</p> <p>Promover a capacidade de reunir informação;</p> <p>Promover a capacidade de ordenar os problemas de acordo com a sua importância;</p> <p>Melhora a capacidade de tomar decisões;</p> <p>Promover a capacidade de definir objetivos concretos;</p> <p>Promover a capacidade de decidir com base nas suas habilidades;</p> <p>Melhora a capacidade de concentração na tarefa.</p>
Desenvolver a capacidade de resolução de problemas sociais	<p>Promover a capacidade de manter a calma quando preciso de arranjar uma solução para um problema;</p> <p>Promover a capacidade de pensar em várias soluções para o mesmo problema;</p> <p>Promover a capacidade resolução de problemas;</p> <p>Promover a capacidade de comparar alternativas à resolução de um problema;</p> <p>Promover a capacidade de dividir um problema complicado em vários problemas mais simples, de modo que seja mais fácil resolvê-lo;</p> <p>Melhorar a capacidade resolver os problemas o mais rapidamente possível;</p> <p>Melhorar a capacidade de pensar nos prós e contras das soluções para os problemas;</p> <p>Melhorar a capacidade de decidir qual é a melhor solução para um problema tentando avaliar quais as consequências de cada solução de modo a poder comparar umas com as outras.</p>
Melhorar a comunicação não-verbal (componentes não-verbais)	<p>Promover uma adequação da expressão facial às situações;</p> <p>Promover uma adequação do olhar;</p> <p>Promover uma adequação do sorriso às alturas apropriadas;</p> <p>Promover a adequação da postura;</p> <p>Melhorar a capacidade de orientação;</p> <p>Promover a adequação da distância/contato físico;</p> <p>Promover a adequação de gestos à situação;</p> <p>Melhorar a aparência pessoal;</p> <p>Promover a capacidade de reforçar os outros.</p>

Melhorar a comunicação paralinguística (componentes paralinguísticos)	Promover a adequação do volume da voz; Promover a adequação da entoação da voz; Promover a adequação do timbre da voz; Promover a adequação da fluidez do discurso; Promover a adequação da velocidade do discurso; Promover uma maior clareza do discurso; Promover a adequação do tempo de fala às situações.
Melhorar a comunicação verbal (componentes verbais)	Melhorar a adequação do conteúdo das conversas; Promover a adequação do humor das conversas; Melhorar a atenção pessoal durante um diálogo; Promover a capacidade fazer perguntas a outras pessoas e de conseguir responder a perguntas feitas por outras pessoas.
Melhorar as competências de Assertividade	Promover a adequação das respostas às várias situações (respostas assertivas)

Tabela 6. Objetivos Gerais e Específicos – Intervenção em Ginásio

É importante salientar que o trabalho ao nível da comunicação (verbal, não-verbal, paralinguística) deve estar implícito ao longo de toda a intervenção, sendo considerado como parte fundamental do trabalho ao nível da Psicomotricidade.

4.2.1.2. Intervenção

A intervenção em ginásio foi realizada na Academia de Fitness e Artes Marciais, na Avenida de Ceuta, e foi uma intervenção semanal, que decorria mais concretamente às sextas-feiras à tarde.

4.2.1.2.1. Plano de sessão

Na intervenção em ginásio, geralmente, cada uma das sessões era constituída por cinco momentos essenciais, nomeadamente, pela seguinte ordem: o momento inicial (momento em que ocorria uma conversa inicial onde eram relembradas as atividades realizadas na sessão anterior e eram apresentadas as atividades da sessão a decorrer; era também neste momento que era feito o controlo das presenças nas sessões, através de uma folha que era assinada pelos clientes presentes); o aquecimento (momento de ativação geral, onde os clientes preparavam o corpo para as atividades seguintes; em sessões com menos movimento era dispensado este momento); o momento fundamental (momento em que eram realizadas as atividades relacionadas com o treino de competências pessoais e sociais, essencialmente dinamizadas através de *role-play*, seguidas de um momento de reflexão acerca das situações apresentadas e de quais os seus objetivos); o retorno à calma (breve momento em que se pretendia que os clientes atingissem um estado de descontração que promovesse um estado de bem-estar); e o momento final (momento em que era realizado um breve resumo das atividades realizadas na sessão, e onde eram sistematizadas as principais ideias debatidas nas atividades relacionadas com o treino de competências sociais).

Apesar de esta ser a estrutura da sessão-tipo, não significa que ao longo do decorrer das sessões não tenham ocorrido alterações na estrutura das sessões, de acordo com as necessidades existentes.

As sessões tinham a duração de duas horas (120 minutos), no entanto os planeamentos das sessões estão feitos para 100 minutos, sendo que os 20 minutos restantes eram utilizados para deslocações até ao ginásio e para preparação dos clientes para a sessão (trocar de roupa, tirar os sapatos, ir à casa de banho, entre outros).

Em anexo encontram-se os planeamentos e os relatórios referentes a todas as sessões realizadas pela estagiária.

4.2.2. Intervenção em Meio Aquático

4.2.2.1. Objetivos

Em função da avaliação inicial efetuada foram traçados objetivos, tendo em conta as áreas fortes, intermédias e fracas do grupo de intervenção, determinadas pelo resultado da avaliação inicial realizada.

Estes objetivos não foram apenas traçados com base nas áreas fracas, na medida em que, mesmo que não sejam consideradas fracas, todas as áreas presentes na escala tinham especial importância para uma melhor adaptação do indivíduo ao meio aquático (Tabela 7. Objetivos Gerais e Específicos – Intervenção em Meio Aquático).

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Melhorar a Entrada na Água	Melhorar a capacidade de, de pé no bordo da piscina, saltar de pés; Melhorar a capacidade de, de pé no bordo da piscina, mergulhar de cabeça.
Melhorar as competências de imersão	Promover a capacidade imersão da cara completa; Promover a capacidade de imersão da cara e cabeça; Melhorar a capacidade de mergulhar, primeiro sem tocar no fundo e posteriormente a tocar no fundo; Promover a capacidade de apanhar objetos debaixo de água; Melhorar a capacidade aguentar em apneia durante alguns segundos.
Melhorar a capacidade de respiração em meio aquático	Promover a capacidade expulsar a água da boca, evitando engolir água; Promover a capacidade de fazer expiração bucal com a face imersa; Promover a capacidade de fazer expiração nasal com a face imersa; Promover a capacidade de realizar expiração bucal e nasal com a face imersa.
Melhorar a capacidade de equilíbrio e de flutuação	Promover a capacidade de flutuar em decúbito dorsal com o apoio de objetos; Promover a capacidade de flutuar em decúbito ventral com o apoio de objetos;

	<p>Promover a capacidade de flutuar em decúbito dorsal sem apoio;</p> <p>Promover a capacidade de flutuar em decúbito ventral sem apoio;</p> <p>Promover a capacidade flutuar com turbulência.</p>
Melhorar a capacidade de realizar transições em meio aquático	Melhorar a capacidade de passar de decúbito dorsal/ventral para a posição vertical.
Melhorar as competências de rotação em meio aquático	<p>Promover a capacidade realizar enrolamento horizontal com e sem ajuda;</p> <p>Promover a capacidade de realizar um enrolamento vertical à frente com apoio de objetos;</p> <p>Promover a capacidade de realizar um enrolamento vertical atrás com apoio de objetos;</p> <p>Promover a capacidade de realizar um enrolamento vertical à frente sem apoio;</p> <p>Promover a capacidade de realizar um enrolamento vertical atrás com sem apoio;</p>
Melhorar a capacidade de se deslocar em meio aquático	<p>Promover a capacidade de se deslocar em decúbito ventral com batimento de pernas;</p> <p>Promover a capacidade de se deslocar em decúbito ventral com batimento de braços;</p> <p>Promover a capacidade de se deslocar em decúbito ventral com batimento de pernas e braços;</p> <p>Promover a capacidade de se deslocar em decúbito dorsal com batimento de pernas;</p> <p>Promover a capacidade de se deslocar em decúbito dorsal com batimento de braços;</p> <p>Promover a capacidade de se deslocar em decúbito dorsal com batimento de braços;</p> <p>Promover a capacidade de se deslocar de acordo com os vários estilos propostos na natação (crawl, costas, bruços, mariposa).</p>
Melhorar as competências de saída da água	<p>Melhorar a capacidade de sair da água pelas escadas com e sem ajuda;</p> <p>Melhorar a capacidade sair da água pelo bordo da piscina com e sem ajuda.</p>
Incentivar a uma melhor familiarização/motivação em meio aquático	<p>Melhorar a capacidade explorar o espaço, com e sem ajuda;</p> <p>Melhorar a capacidade de utilizar o material fornecido, com e sem ajuda;</p> <p>Promover a capacidade de interação com o grupo de pares;</p> <p>Promover a aceitação das atividades propostas;</p> <p>Promover a independência relativamente aos técnicos e aos colegas.</p>
Melhorar as competências sociais	Melhorar a capacidade de prestar atenção às indicações do técnico;

em meio aquático	Promover a capacidade de questionar os técnicos sempre que não percebe alguma indicação; Promover a capacidade de pedir ajuda quando precisa; Promover a capacidade de pedir desculpa quando faz algo errado; Promover a capacidade de ser assíduo e pontual; Promover a capacidade de pedir autorização; Fomentar a capacidade de partilha com os colegas; Melhorar a capacidade de respeito e ajuda aos colegas; Promover a capacidade respeitar regras; Promover a capacidade de seguir instruções; Melhorar a capacidade de trabalho em equipa.
-------------------------	--

Tabela 7. Objetivos Gerais e Específicos – Intervenção em Meio Aquático

4.2.2.2. Intervenção

A intervenção em meio aquático foi realizada no Piscina Municipal do Restelo, e foi uma intervenção semanal, que decorria mais concretamente às quartas-feiras de manhã.

4.2.2.2.1. Plano de sessão

Na intervenção em meio aquático, cada uma das sessões era constituída por seis momentos essenciais, nomeadamente, pela seguinte ordem: entrada na água (momento em que os clientes entravam na piscina, e que poderia variar de acordo com as competências dos clientes presentes); o aquecimento (momento em que se preparava o corpo para as atividades que se seguiam), o momento fundamental (momento em que os clientes praticavam exercícios de deslocamento no meio aquático, tendo como base os quatro estilos existentes na prática da Natação); o momento da atividade/jogo em grupo (momento em que era feita uma atividade em grupo, com vista a um trabalho mais aprofundado ao nível do treino de competências pessoais e sociais, nomeadamente ao nível do respeito de regras e do espírito de equipa); o momento de retorno à calma (breve momento em que se pretendia que os clientes atingissem o estado de descontração e calma, após a realização de atividades com uma exigência física elevada); e finalmente o momento de saída da água (momento em que se dava a sessão como terminada e se aproveitava para treinar os diferentes modos de saída da piscina).

Apesar de esta ser a estrutura da sessão-tipo, não significa que ao longo do decorrer das sessões não pudessem ocorrer alterações na estrutura das sessões, de acordo com as necessidades existentes. As sessões tinham a duração de 45 minutos, sem contar com o tempo para as deslocações do FSO Lisboa para a piscina e vice-versa.

Em anexo encontram-se alguns planeamentos e respetivos relatórios das atividades realizadas pela estagiária, uma vez que esta atividade não era da total responsabilidade da mesma.

5. Apresentação e Discussão dos Resultados

5.1. Intervenção em Ginásio

5.1.1. Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais

O gráfico 5 mostra os resultados obtidos nas avaliações inicial e final do grupo.

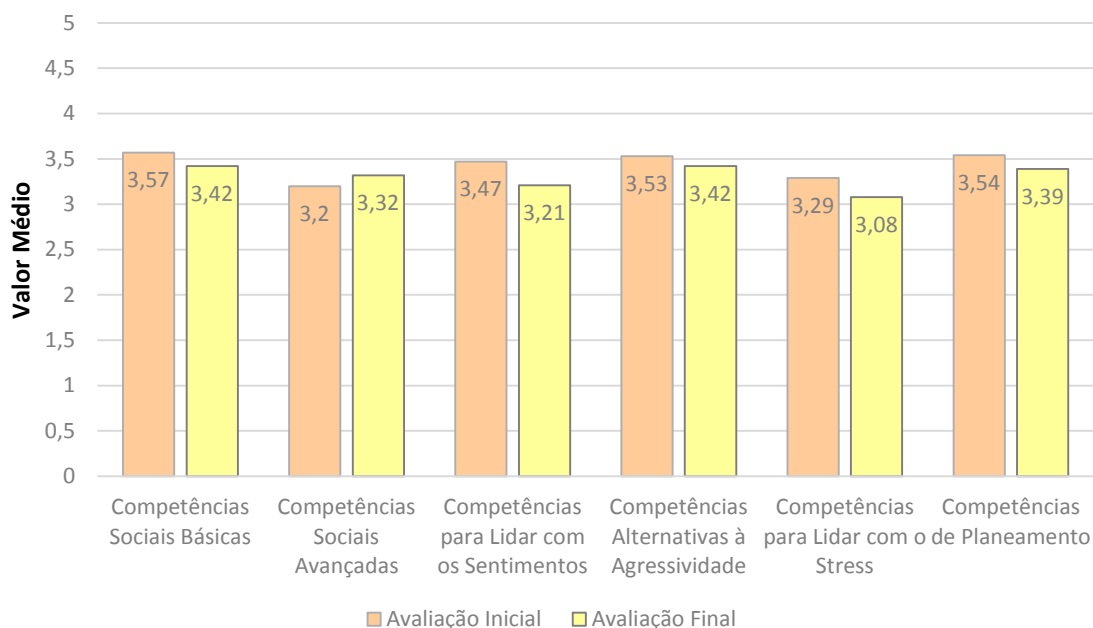


Gráfico 5. Avaliação Inicial e Final - Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais

Através desta avaliação foram definidas áreas fortes, intermédias e fracas, de acordo com o valor médio obtido por cada um dos clientes, em cada um dos grupos de competências sociais avaliadas pelo teste em questão. A nível teórico, pela forma como o instrumento está concebido, foram associadas às opções 1 (“nunca”) e 2 (“quase nunca”) as áreas fracas, à opção 3 (“alguns vezes”) as áreas intermédias e às opções 4 (“muitas vezes”) e 5 (“sempre”) as áreas fortes. A nível estatístico, os grupos de competências cuja média de resposta se situou entre os valores 1 e 2,5 foram considerados áreas fracas, entre 2,51 e 3,5 áreas intermédias e entre 3,51 e 5 áreas fortes.

Através da análise do Gráfico 5 é possível verificar que houve uma ligeira diminuição da média na generalidade dos itens, permanecendo todos nos valores das áreas intermédias. Contudo, apesar desta ligeira redução, os valores mantiveram-se relativamente próximos.

O teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras relacionadas não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o momento de avaliação inicial e da avaliação final, sendo o valor do teste igual a -1,362 ($Z=-1,362$) e o valor da significância igual a 0,173 ($p> 0,05$).

Os outputs obtidos neste teste encontram-se em anexo.

5.1.2. Inventário de Resolução de Problemas Sociais

O gráfico 6 mostra os resultados obtidos nas avaliações inicial e final do grupo.

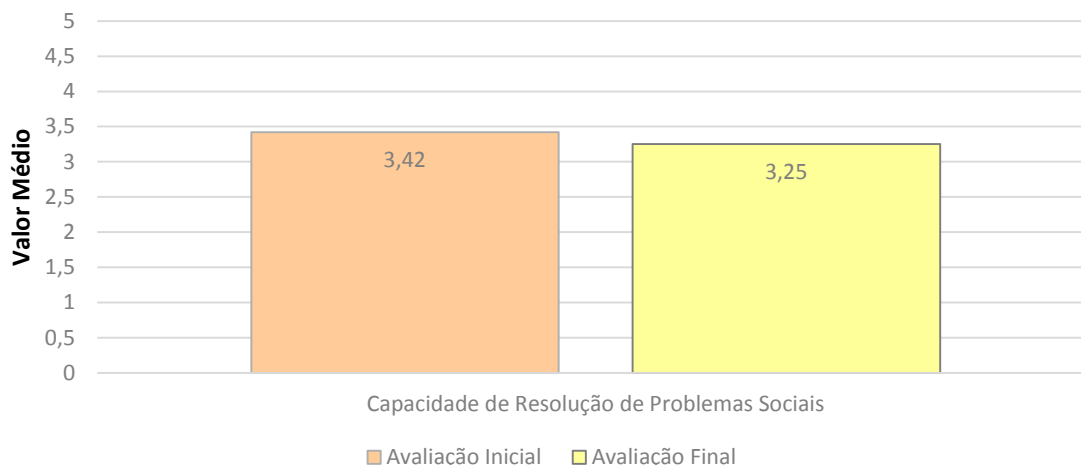


Gráfico 6. Avaliação Inicial e final - Inventário de Resolução de Problemas Sociais

Através da análise deste teste foram definidas áreas fortes, intermédias e fracas, de acordo com o valor médio obtido pelos utentes em cada uma das questões do teste, referentes a diversas situações. A nível teórico, pela forma como o instrumento está concebido, foram associadas às opções 1 (“nunca”) e 2 (“poucas vezes”) as áreas fracas, à opção 3 (“algumas vezes”) as áreas intermédias e às opções 4 (“muitas vezes”) e 5 (“sempre”) as áreas fortes. A nível estatístico, as respostas às situações avaliadas cujo valor médio se situou entre os valores 1 e 2,50 foram consideradas áreas fracas, entre 2,51 e 3,50 áreas intermédias e entre 3,51 e 5 áreas fortes.

Através da análise do Gráfico 6 é possível verificar que, de um modo geral, ocorreu uma ligeira diminuição da média dos itens avaliados, mantendo-se a capacidade de resolução de problemas como área intermédia. Apesar desta ligeira redução, os valores mantiveram-se relativamente próximos.

O teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras relacionadas não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o momento de avaliação inicial e da avaliação final, sendo o valor do teste igual a -0,868 ($Z=-0,868$) e o valor da significância igual a 0,386 ($p> 0,05$).

Os outputs obtidos neste teste encontram-se em anexo.

5.1.3. Sistema de Avaliação Comportamento da Habilidade Social

O gráfico 7 mostra os resultados obtidos nas avaliações inicial e final do grupo.

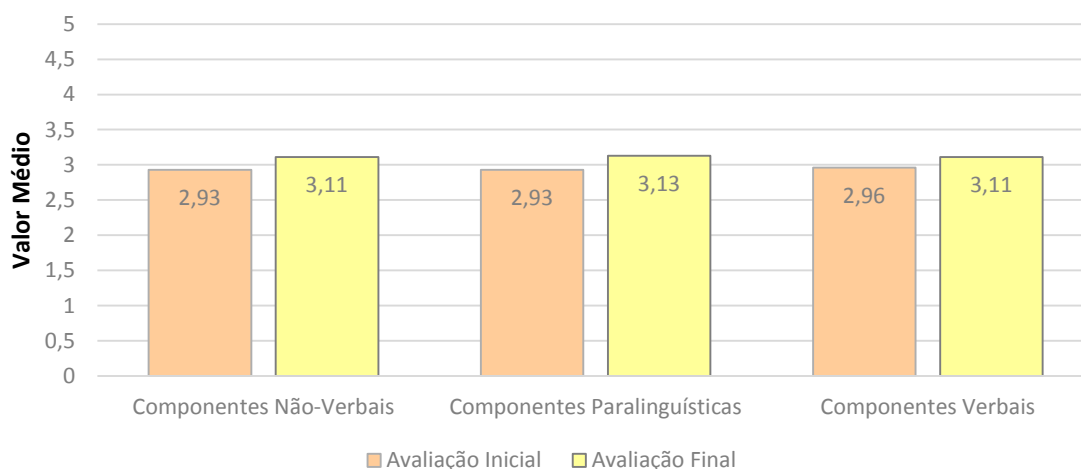


Gráfico 7. Avaliação Inicial e Final - Sistema de Avaliação Comportamental da Habilidade Social

De acordo com a análise deste questionário, foram definidas áreas fortes, intermédias e fracas. Sendo que este questionário tem respostas numa escala de 1 a 5, em que o 1 representa o pior resultado possível e o 5 o melhor resultado possível, foi atribuído aos valores 1 e 2 as áreas fracas, ao 3 as áreas intermédias, e ao 4 e ao 5 as áreas fortes. A nível estatístico, as respostas cujo valor médio se situou entre os valores 1 e 2,50 foram consideradas áreas fracas, entre 2,51 e 3,50 áreas intermédias e entre 3,51 e 5 áreas fortes.

Através da análise do Gráfico 7, é possível verificar que houve um ligeiro aumento da média em todas as componentes. No entanto, apesar deste ligeiro aumento, os valores da média encontram-se bastante próximos, continuando os três itens (componentes não-verbais, componentes paralinguísticos e componentes verbais) a ser considerados áreas intermédias.

O teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras relacionadas não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o momento de avaliação inicial e da avaliação final, sendo o valor do teste igual a -1,265 ($Z=-1,265$) e o valor da significância igual a 0,206 ($p> 0,05$).

Os outputs obtidos neste teste encontram-se em anexo.

5.1.4. Teste de Assertividade

De acordo com a análise dos resultados obtidos na aplicação deste instrumento aos clientes em ambas as avaliações, procedeu-se à contagem das respostas passivas, assertivas e agressivas para cada uma das situações apresentadas no teste. Desta forma, apresenta-se seguidamente a sua distribuição relativa, da avaliação inicial e final no gráfico 8.

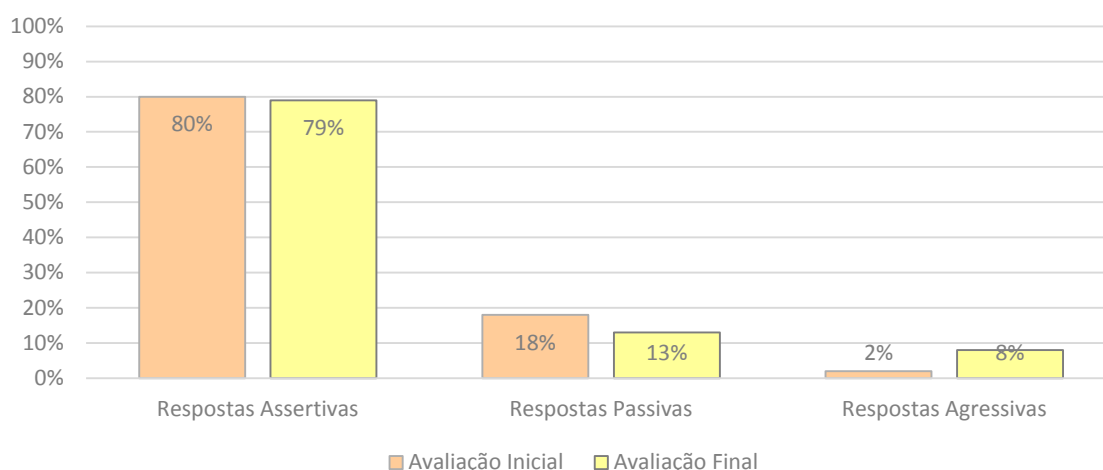


Gráfico 8. Avaliação Inicial e Final - Grupo - Teste de Assertividade

Através da análise do Gráfico 8, é possível verificar que houve uma diminuição insignificante da percentagem de respostas assertivas (diferença de 1%) e também da percentagem de respostas passivas (diferença de 5%). Ao nível da percentagem de respostas agressivas, verificou-se um ligeiro aumento (diferença de 6%). Assim sendo, pode considerar-se que apesar de ter havido diminuição da percentagem de respostas assertivas e aumento da percentagem de respostas agressivas, essas alterações não representam diferenças significativas, uma vez que variam em percentagens muito reduzidas.

5.1.5. Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora

A tabela 8 mostra os resultados obtidos nas avaliações inicial e final de cada cliente.

	F M	FP	LS	LC	M G	RJ	P A	JC	AT	E	M M	A B	G	N R	H V
Relações Emocionais	+1	+2	+1	0	0	-2	0	-1	0	0	+1	0	-1	0	-2
	+1	+1	0	0	+2	+3	-1	+3	+3	+2	0	+1	+1	0	0
Autoconfiança	-1	+1	-3	-1	-1	-2	-1	-2	0	0	-1	0	-1	0	-1
	0	+2	0	-1	-1	0	0	0	+3	+1	-1	0	+2	0	-1
Tipo de Atividade	0	+2	0	0	-1	0	-1	-2	0	+1	0	-1	-1	0	-1
	+2	0	0	+1	0	0	-1	0	+2	-1	0	+2	0	0	+1
Relaxação	+1	+1	+2	+1	+1	+1	+1	+1	0	0	+1	+1	0	+1	+1
	+2	+2	+1	-1	0	0	-2	0	+1	-2	0	+2	+2	+1	-1
Controlo do Movimento	+1	-1	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	+1	+2	0	+1	+1	0	+1	0	+2	+1	0	+1	+2	0	+1

Capacidade de Atenção	0	-2	-1	0	-1	0	-1	-2	+1	0	0	0	-1	0	-1
	+1	+1	0	0	0	0	-1	0	+2	0	-1	+1	+1	0	0
Expressão Corporal	-1	-1	0	-1	-1	-2	-2	-2	+1	+1	0	-1	-1	0	-2
	+1	+2	0	-1	0	0	0	0	+1	-1	-1	+1	+2	0	-1
Comunicação Verbal	0	+2	+1	0	0	-2	-1	-2	+1	0	0	0	0	0	0
	+2	+1	0	0	+1	0	-1	0	+3	+1	-1	+2	+1	0	0
Regras Sociais	0	-2	-2	0	-2	0	-1	-1	0	0	0	0	-1	0	-1
	+1	0	0	0	0	0	0	0	+3	-1	0	+1	0	0	0

Tabela 8. Avaliação Inicial e Final - Clientes - Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora

	Avaliação Inicial
	Avaliação Final

Tendo em conta que a cotação desta escala varia entre os valores -3 e +3, e que se considera que o valor 0 é o valor mais adequado a cada situação, tem-se em conta o número de respostas com cotação 0 em cada área. As áreas em que houver um maior número de zeros nas respostas foram consideradas como as áreas mais fortes do grupo. As que tiverem menor número de zeros, vão ser as mais fracas. Assim sendo, fez-se a seguinte distribuição segundo áreas fortes, intermédias e fracas, pelo gráfico 9.

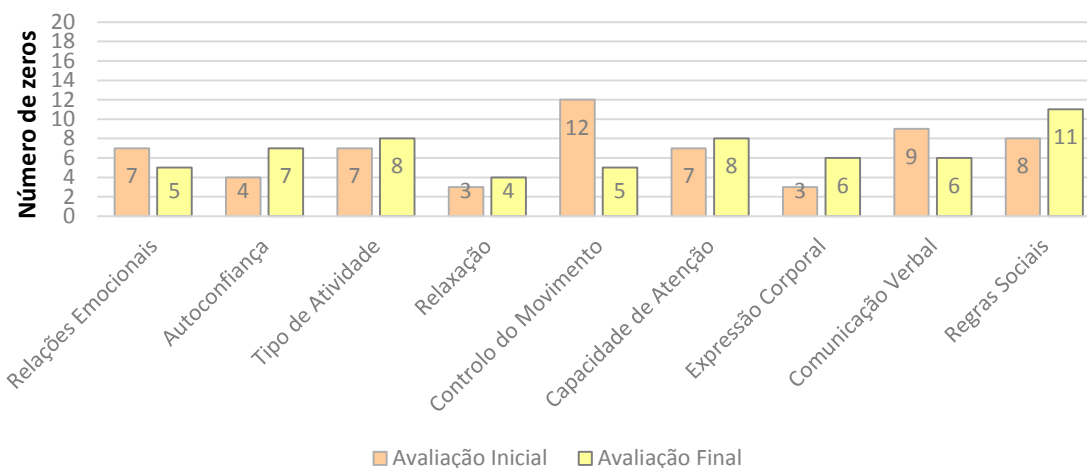


Gráfico 9. Avaliação Inicial e Final - Grupo - Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora

Para analisar esta escala, procedeu-se à atribuição dos valores para definir as áreas fortes, intermédias e fracas. Deste modo, a nível estatístico, as respostas valor de zeros se situou entre os valores 1 e 4 foram consideradas áreas fracas, entre 5 e 7 áreas intermédias e iguais ou superiores a 8 áreas fortes.

Através da análise do Gráfico 9 é possível verificar que houve uma ligeira diminuição do número de zeros ao nível das Relações Emocionais, do Controlo do Movimento, assim como ao nível da Comunicação Verbal. Houve um ligeiro aumento do número de zeros

ao nível da Autoconfiança, do Tipo de Atividade, da Relaxação, da Capacidade de Atenção, da Expressão Corporal e das Regras Sociais.

O teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras relacionadas revelou a existência de melhorias estatisticamente significativas entre o momento de avaliação inicial e da avaliação final, sendo o valor do teste igual a -2,047 ($Z=-2,047$) e o valor da significância igual a 0,041 ($p < 0,05$).

Os outputs obtidos neste teste encontram-se em anexo.

5.1.6. *Beck Youth Inventories*

O gráfico 10 mostra os resultados obtidos nas avaliações inicial e final do grupo.

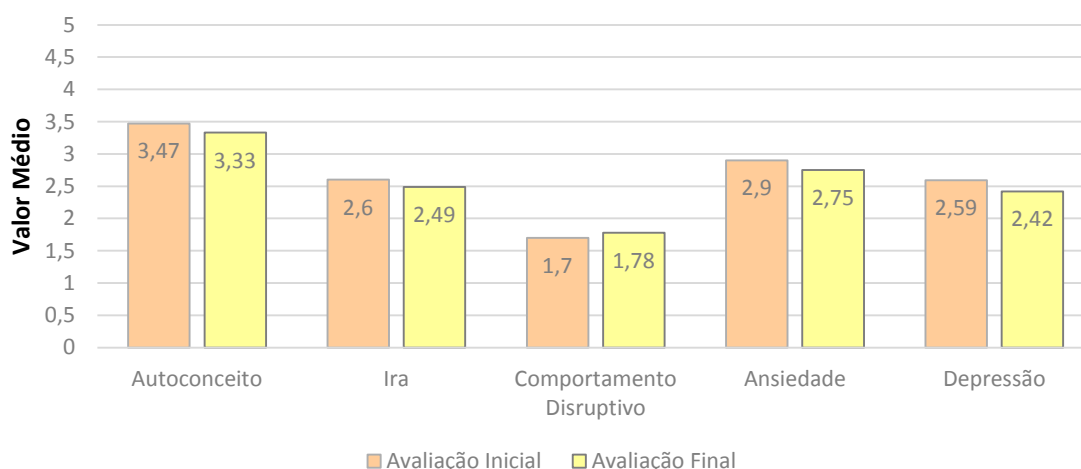


Gráfico 10. Avaliação Inicial e Final - *Beck Youth Inventories*

Na primeira categoria – Autoconceito – aos valores 1 e 2 serão atribuídas as áreas fracas, ao valor 3 as áreas intermédias e aos valores 4 e 5 serão atribuídas as áreas fortes. A nível estatístico, as categorias cuja média de resposta se situou entre os valores 1 e 2,5 foram consideradas áreas fracas, entre 2,51 e 3,5 áreas intermédias e entre 3,51 e 5 áreas fortes.

Através da análise do gráfico 10, verificou-se que ocorreu uma ligeira diminuição da média deste item, embora se considere que esta diminuição não tenha sido significativa, mantendo-se esta categoria nos valores das áreas intermédias.

Nas restantes categorias – Ira, Comportamento Disruptivo, Ansiedade e Depressão – aos valores 1 e 2 serão atribuídos as áreas fortes, ao valor 3 as áreas intermédias e aos valores 4 e 5 serão atribuídas as áreas fracas. A nível estatístico, as categorias cuja média de resposta se situou entre os valores 1 e 2,5 foram consideradas áreas fortes, entre 2,51 e 3,5 áreas intermédias e entre 3,51 e 5 áreas fracas. Resumindo, nestas categorias, são áreas fortes aquelas que apresentam valores mais baixos.

Deste modo, através da análise do gráfico 10, verifica-se que na categoria da Ira ocorreu uma ligeira diminuição do valor da média, o que se traduz numa área intermédia aquando da avaliação inicial, e de uma área forte no momento da avaliação final. Ao nível do Comportamento Disruptivo, apesar de ter ocorrido um ligeiro aumento do valor médio, este representou uma área forte em ambos os momentos de avaliação. O mesmo aconteceu ao nível da Ansiedade, em que a média apesar de ter sofrido uma redução, se manteve dentro dos valores das áreas intermédias. Por fim, na categoria da Depressão, a

média do grupo houve uma ligeira diminuição do valor médio, passando de uma área intermédia para uma área forte.

O teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras relacionadas não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o momento de avaliação inicial e da avaliação final, sendo o valor do teste igual a -1,602 ($Z=-1,602$) e o valor da significância igual a 0,109 ($p> 0,05$).

Os outputs obtidos neste teste encontram-se em anexo.

5.1.7. Escala de Competências de Comunicação no Relacionamento Interpessoal

O gráfico 11 mostra os resultados obtidos nas avaliações inicial e final do grupo.

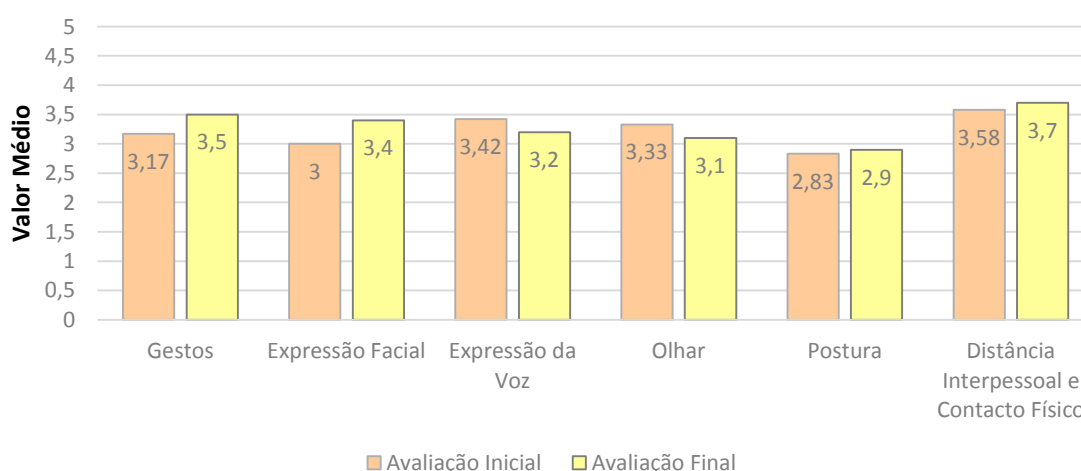


Gráfico 11. Avaliação Inicial e Final - Escala de Competências de Comunicação no Relacionamento Interpessoal

Através da análise deste instrumento foram definidas áreas fortes, intermédias e fracas, de acordo com o valor médio obtido pelos utentes em cada uma das questões que compõem o instrumento. A nível teórico, pela forma como o instrumento está concebido, foram associados às opções 1 (“nunca”) e 2 (“poucas vezes”) às áreas fracas, à opção 3 (“algumas vezes”) às áreas intermédias, e às opções 4 (“muitas vezes”) e 5 (“sempre”) às áreas fortes. A nível estatístico, as respostas às situações avaliadas cujo valor médio se situou entre os valores 1 e 2,50 foram consideradas áreas fracas, entre 2,51 e 3,50 áreas intermédias e entre 3,51 e 5 áreas fortes.

Através da análise do Gráfico 11, é possível verificar que ocorreu uma ligeira diminuição dos valores da média ao nível da Expressão da Voz e do Olhar. Apesar desta diminuição, estas continuaram a ser consideradas áreas intermédias. Ao nível dos Gestos, da Expressão Facial, da Postura e da Distância Interpessoal e Contacto Físico ocorreu um ligeiro aumento do valor médio. No entanto, permaneceram nos valores das áreas intermédias, à exceção da Distância Interpessoal e Contacto Físico que se manteve uma área forte.

O teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras relacionadas não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o momento de avaliação inicial e da avaliação final, sendo o valor do teste igual a zero ($Z=0$) e o valor da significância igual a 1,00 ($p> 0,05$).

Os outputs obtidos neste teste encontram-se em anexo.

5.2. Intervenção em Meio Aquático

5.2.1. Ficha de Observação

O gráfico 12 mostra os resultados obtidos nas avaliações inicial e final do grupo.

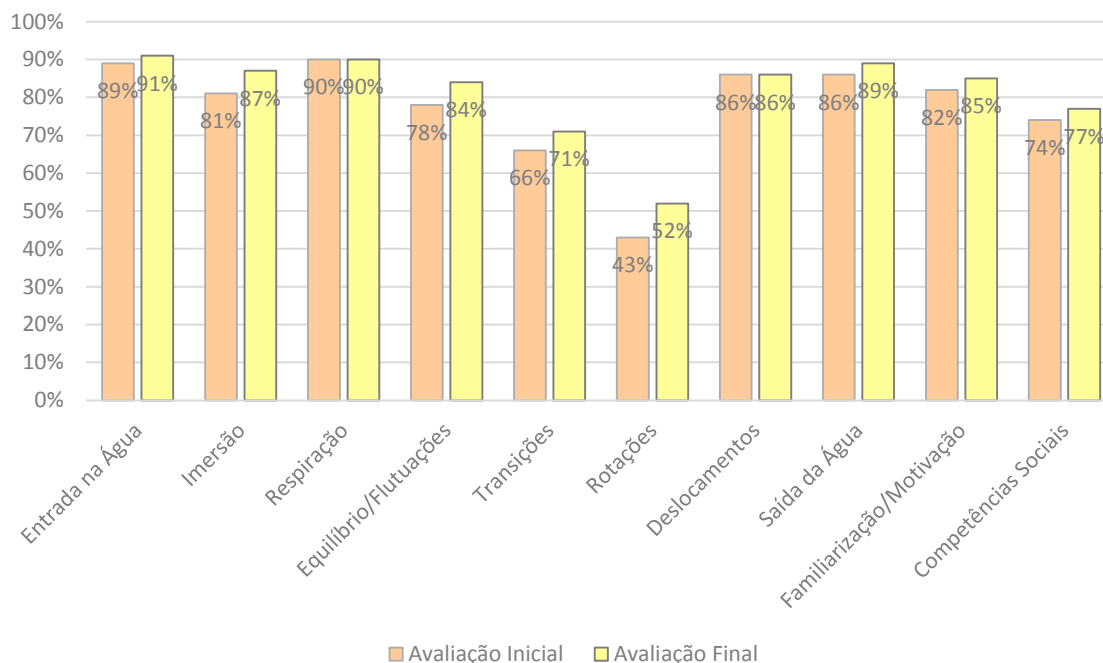


Gráfico 12. Avaliação Inicial e Final - Ficha de Observação

Através da análise do gráfico 12, verificou-se que houve um ligeiro aumento ao nível da grande maioria dos itens avaliados, à exceção da Respiração e dos Deslocamentos, cujos valores se mantiveram exatamente iguais.

De um modo muito geral, observa-se que as áreas com resultados mais baixos são as Rotações. As áreas do Equilíbrio/Flutuações, das Transições e das Competências Sociais, podendo ser consideradas como áreas intermédias. Por fim, as áreas que se podem considerar fortes são a Entrada na Água, a imersão, a Respiração, os Deslocamentos, a Saída da Água e a Familiarização/Motivação.

5.3. Discussão dos Resultados – Análise Crítica

Após a intervenção realizada no contexto do estágio no Fórum Sócio Ocupacional (FSO) de Lisboa, da ARIA, são vários os aspetos que se podem distinguir como tendo grande importância para o desenrolar da mesma.

Um dos principais aspetos que se pode destacar como tendo sido condicionante de todo o processo de intervenção realizada, é a enorme variação do número de clientes ao longo das sessões, assim como as constantes entradas e saídas de clientes do Programa de Reabilitação Psicossocial do FSO Lisboa. Desta forma, e uma vez que, segundo Maximiano (2004), as técnicas utilizadas ao longo da intervenção psicomotora dependem das características do indivíduo e não são utilizadas de forma rígida, houve a

necessidade de uma tentativa de adaptação das atividades ao grupo de clientes, não podendo as mesmas ser planeadas tendo apenas em conta o grupo inicial de clientes.

Apesar de, através dos dados obtidos no momento da avaliação inicial, ter sido elaborado um perfil das competências do grupo de clientes, constituído por áreas fortes, intermédias e fracas, não foi fácil a definição de objetivos de intervenção, na medida em que não surgiu apenas a necessidade de uma intervenção ao nível das áreas fracas. Houve também a necessidade de intervenção ao nível de algumas áreas intermédias e fortes, de modo a tentar potenciar e desenvolver competências alternativas às já existentes.

Estes resultados ao nível da avaliação inicial podem ser devidos a uma falta de consciencialização relativamente às dificuldades ao nível das competências, na medida em que se verificavam grandes discrepâncias entre os resultados obtidos neste momento da avaliação e o desempenho observado no dia-a-dia, tanto pela estagiária como pelos restantes técnicos. Desta forma, o trabalho realizado deveria ter como objetivo inicial a consciencialização das dificuldades relativas a determinadas competências, para em seguida serem trabalhadas essas mesmas competências.

Após a análise da comparação dos resultados da avaliação inicial e da avaliação final, é possível verificar que não houve diferenças significativas na maioria das áreas avaliadas através dos instrumentos, nomeadamente ao nível das competências sociais (avaliadas pela Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais), da Resolução de Problemas (Inventário de Resolução de Problemas Sociais), das várias componentes comportamentais (SECHS), da assertividade (Teste de Assertividade), ao nível do autoconceito, da ira, do comportamento disruptivo, da ansiedade e da depressão (Beck Youth Inventories), bem como ao nível do relacionamento interpessoal (Escala de Competências de Comunicação no Relacionamento Interpessoal).

As únicas áreas em que se verificaram melhorias significativas foram as áreas avaliadas pela Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora (LOFOPT). As melhorias verificadas a este nível poderão estar relacionadas com o facto de as competências trabalhadas ao longo da intervenção (competências sociais (básicas e avançadas), competências para lidar com os sentimentos, competências de resolução de problemas, competências de assertividade, entre outras), apesar de não terem apresentado diferenças significativas, poderem ter influenciado os aspetos avaliados pela LOFOPT e que podem ser avaliados ao longo da intervenção. Estas diferenças significativas verificadas ao nível dos itens avaliados por este instrumento podem também ter sido devidas ao facto de o preenchimento da mesma ter sido realizado pela estagiária, ao contrário dos restantes instrumentos que foram preenchidos pelos clientes. Desta forma, e uma vez que os aspetos avaliados nesta escala são mais facilmente observados e avaliados através de observação externa, a avaliação ao nível da relações interpessoais, da autoconfiança, do tipo de atividade dos clientes, da capacidade de relaxação, da capacidade de controlo do movimento, da capacidade de atenção, da expressão corporal e da comunicação verbal, bem como ao nível das regras, terá sido mais objetiva do que se tivesse havido apenas o preenchimento por parte dos clientes. De qualquer modo, para que a avaliação fosse o mais fiável possível, o instrumento deveria ter sido preenchido pelos clientes e por pelo menos dois técnicos.

Nas áreas em que não se verificaram diferenças significativas entre o momento de avaliação inicial e o momento da avaliação final, e em que inclusive se verificaram algumas diminuições dos valores médios (como por exemplo, na Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais, em que os valores médios tiveram uma ligeira diminuição em praticamente todos os itens da escala), tal facto pode dever-se a uma consciencialização das dificuldades existentes ao nível dessas competências ao longo da intervenção, que fez com que no momento da avaliação final os resultados fossem ligeiramente inferiores a no início. Este facto pode ser então considerado positivo, na medida em que, apesar de aparentemente não haver melhorias, ser possível verificar que os clientes consciencializaram as suas dificuldades, sendo este um passo

fundamental para a melhoria de determinadas competências. Pode então dizer-se que estes resultados podem ser o espelho de uma eventual tomada de consciência por parte dos clientes, uma vez que as suas competências eram diferentes das que tinham sido descritas no momento da avaliação inicial.

O curto tempo de intervenção pode também ter influenciado a falta de diferenças significativas entre o momento de avaliação inicial e a avaliação final, sendo então importante que houvesse uma continuidade da intervenção realizada, de modo que se verificassem melhorias significativas a estes níveis. Loureiro (2013) propõe quatro momentos de avaliação, nomeadamente um primeiro momento em que se avaliam os défices ao nível das competências sociais (antes da intervenção), um segundo momento em que se analisa se o comportamento vai ou não modificando (durante a intervenção), um terceiro momento em que se verificam quais as alterações verificadas relativamente ao início (no final da intervenção) e um quarto momento em que permite ver se as mudanças se mantêm e se houve uma possibilidade de generalização a outros contextos da vida diária. Segundo estes princípios propostos por Loureiro (2013), seria então importante que, neste caso, ocorresse o último momento de avaliação acima referido, pressupondo que a intervenção iniciada pela estagiária tinha uma continuidade, de modo a ver quais as evoluções em termos das competências trabalhadas e se houve ou não generalização das mesmas a outros contextos.

Os resultados obtidos em ambos os momentos da avaliação podem também estar condicionados pelo facto de terem sido os clientes a responder às questões. No caso específico do Teste de Assertividade, os resultados obtidos na avaliação inicial poderão ter-se devido ao facto de a maioria dos clientes tentar responder às questões de acordo com o que pensam ser socialmente aceitável, o que fez com que a grande maioria das respostas correspondesse às respostas assertivas. No momento da avaliação final, apesar de ainda se verificar uma maioria de respostas assertivas, verificou-se uma ligeira diminuição, que se pode ter devido ao facto de os clientes terem sido alertados pela estagiária para que respondessem de acordo com aquilo que achavam correto e não com aquilo que era considerado socialmente correto. A este nível seria também importante que se tivesse feito uma alteração das situações do momento da avaliação inicial para a avaliação final, uma vez que os clientes podiam recordar-se das situações apresentadas, na medida em que, para além de as terem visto no momento da avaliação inicial, estas foram também trabalhadas ao longo da intervenção, num dos momentos em que se trabalharam as competências de assertividade, podendo assim influenciar as respostas dos clientes no momento da avaliação final. No que diz respeito à intervenção em meio aquático, verificou-se um aumento da generalidade dos itens avaliados, à exceção da respiração e do deslocamento, em que os valores foram exatamente iguais em ambos os momentos. Ao nível das competências sociais, que era uma das áreas centrais, verificou-se também um ligeiro aumento. Este aumento ao nível das competências sociais pode ter sido devido a uma intervenção focada nessa área, através da aquisição de competências de trabalho em equipa, de respeito pelos outros, de cumprimento de regras, entre outras. O nível de motivação dos clientes, tanto para a intervenção realizada em contexto de ginásio, como para a intervenção em meio aquático, é algo que também deve ser tido em conta, uma vez que, de um modo geral, eram atividades bastante apreciadas pela grande maioria dos clientes que as frequentavam.

6. Atividades Complementares

No decorrer do estágio, para além das atividades desenvolvidas no âmbito da Psicomotricidade, quer em contexto de ginásio, quer em meio aquático, foram desenvolvidas pela estagiária uma série de atividades complementares.

Ao nível das atividades desenvolvidas no âmbito do programa do Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa, a estagiária teve oportunidade de participar na maioria das atividades, nomeadamente, as sessões de Remediação Cognitiva (1), de Ginástica Mental (2), o Treino de Competências Sociais (3), o Atelier de Arte (4), as AVD's (5) e o Atelier de Culinária (6), bem como na Reunião de Grupo (7). A participação foi feita numa atividade de forma mais ativa do que noutras, em que assumiu uma postura mais de observação. A descrição sucinta destas atividades será feita mais abaixo.

Para além das atividades dinamizadas com os clientes, a estagiária participou também de forma ativa nas Reuniões de Equipa Técnica, tendo inclusive ficado responsável pela elaboração das atas de reunião.

No que diz respeito a atividades extra programa, destaca-se a participação em passeios e atividades de exterior, tais como idas a museus, idas ao cinema, idas ao teatro, passeios de dia inteiro (piscina oceânica de Oeiras, etc.), entre outros. Estes foram momentos de maior descontração, em que a estagiária pôde conviver com técnicos e clientes de um modo diferente, e que deu também a conhecer uma nova perspetiva da relação com os clientes.

A estagiária teve também oportunidade de participar numa Reunião Interfóruns, em que as equipas técnicas dos vários fóruns da ARIA [FSO Cascais, FSO Oeiras, FSO Lisboa, Fórum de Apoio Social (FAS)] estavam presentes e onde foram discutidos vários assuntos, entre os quais, os objetivos das atividades transversais às várias estruturas, e outros assuntos relativos à organização interna da associação. Esta reunião foi de especial importância, na medida em que deu à estagiária uma visão mais geral de toda a associação, dando-lhe também oportunidade de conhecer os outros técnicos que constituem as equipas, bem como de se dar a conhecer.

Para além disso, a estagiária teve também oportunidade de fazer a preparação de uma equipa para o Torneio de Futebol da ARIA, em conjunto com a técnica de Animação Sociocultural do FSO Lisboa. Esta preparação incluiu a formação da equipa, a escolha do nome para a equipa, bem como os treinos (realizados semanalmente no campo do Bairro Quinta do Cabrinha, na Avenida de Ceuta). Foi também da responsabilidade da estagiária, a preparação da atividade de final do ano letivo, em conjunto com a estagiária de Educação Social. Esta foi uma atividade de exterior, no Parque do Alvito, e consistiu num Peddy-Paper. Foi um dia diferente com uma atividade bastante divertida para técnicos e clientes, que terminou com um lanche oferecido pelas estagiárias.

Em seguida será feita uma descrição sucinta das atividades do FSO Lisboa em que a estagiária teve oportunidade de participar.

(1) Remediação Cognitiva

Esta atividade consistia num conjunto de exercícios com vista à preservação ou melhoria do desempenho ou das funções cognitivas dos clientes, como é o caso da memória, da atenção, do raciocínio, da capacidade de resolução de problemas simples, entre outras coisas. Esta atividade era realizada em grupo, com orientação de dois técnicos e com a ajuda de um suporte informático, bem como suporte em papel que era fornecido aos clientes para que estes pudessem completar ou preencher. A intervenção era essencialmente baseada na instrução, na prática e na combinação de ambas. As atividades constituintes de cada sessão faziam parte de um Programa de Remediação Cognitiva previamente comprado pela associação, sendo assim as atividades comuns em todos os fóruns da associação.

Esta atividade decorria duas vezes por semana, para dois grupos diferentes, uma vez que o grupo inteiro era constituído por demasiadas pessoas, o que poderia contribuir para o insucesso da atividade. Assim sendo, o grupo foi dividido em dois, tendo que haver duas sessões para os dois grupos. As sessões eram idênticas para os dois grupos, de

modo que todos ficassem em igualdade de circunstâncias, e seguiam a ordem utilizada pelo programa utilizado, e tinham a duração de 45 minutos.

As técnicas responsáveis pela dinamização desta atividade eram a Psicóloga e a Animadora Sociocultural do FSO Lisboa. A estagiária teve oportunidade de assistir a pelo menos uma sessão por semana, auxiliando as técnicas responsáveis. Para além disso, foi também responsável pela dinamização de várias atividades, na presença de uma das técnicas responsáveis.

(2) Ginástica Mental

Esta atividade consistia num conjunto de exercícios com o objetivo de preservar as capacidades mentais dos clientes, nomeadamente ao nível do raciocínio mental, da flexibilidade mental e da criatividade. Os principais objetivos dos exercícios realizados nestas sessões eram então melhorar a atenção, reforçar a memória, melhorar a criatividade, aumentar a capacidade de decisão e aumentar a imaginação. Estes objetivos eram trabalhados por meio de exercícios como: enigmas e adivinhas, palavras-cruzadas, sopa de letras, sudoku, jogos de memória, jogos de diferenças, entre outros. Em anexo será colocado um exemplo de sessão. Esta atividade era realizada em grupo, com orientação de um técnico (sem contar com a estagiária) e com a ajuda de suporte informático, bem como suporte em papel que era fornecido aos clientes para que estes pudessem completar ou preencher.

Esta atividade decorria uma vez por semana, com todo o grupo de clientes, e as sessões tinham a duração média de 50 minutos.

A técnica responsável pela dinamização desta atividade era a Animadora Sociocultural do FSO Lisboa. A estagiária teve oportunidade de participar em praticamente todas sessões, tendo um papel ativo na medida em que alguns dos exercícios eram dinamizados pela mesma. Para além disso, ficou também responsável pela preparação e dinamização de algumas das atividades, de modo a que houvesse um maior envolvimento nas sessões, e também para que a intervenção da mesma se tornasse mais motivante e interessante.

(3) Treino de Competências Sociais (TCS)

Esta atividade tinha, tal como o próprio nome indica, como objetivo o treino de competências sociais dos clientes. As sessões eram constituídas por uma primeira parte, em que era apresentado o racional de competência a ser trabalhada, de modo a fornecer um suporte teórico ao técnico que dinamizava a sessão. A informação presente neste racional era também utilizada para explicar aos clientes o que iria ser trabalhado em cada sessão. Após o racional, eram apresentados, passo a passo, o que devia ser feito em cada uma das competências. A segunda parte consistia num momento de *role-play* em que eram representadas pelos clientes diversas situações alusivas à competência a ser trabalhada. Após cada *role-play*, era feita uma reflexão, com a participação ativa dos clientes, em que se referia o que tinha corrido bem e mal, bem como o que deveria ser feito para melhorar. Na maioria dos casos, eram repetidas as situações, de acordo com as correções feitas no momento da reflexão.

As sessões seguiam a ordem do Programa de Treino de Competências Sociais utilizado (comum a todos os fóruns da associação). Os módulos que constituíam esse programa eram: Amizade e Namoro, Assertividade, Competências Básicas, Gestão de Conflitos, Gestão Medicamentosa, Lidar com Sentimentos, Resolução de Problemas, Vocacional/Laboral. Dentro de cada módulo existiam diversos submódulos. Em cada sessão, geralmente era trabalhado um submódulo. Para além de se trabalhar um submódulo, em cada sessão, era feita uma revisão dos submódulos trabalhados anteriormente, de modo a reavivar a memória dos clientes.

Esta atividade decorria uma vez por semana, e tinha a duração de aproximadamente uma hora. A técnica responsável pela dinamização da atividade era a Técnica de Educação Especial e Reabilitação do FSO Lisboa, em conjunto com a estagiária, sendo

que esta ficou responsável por um determinado número de sessões, em que tinha que fazer a preparação prévia da mesma, de acordo com o programa existente, e pela sua dinamização. Apesar de apenas ser responsável por um determinado número de sessões, a estagiária esteve presente em todas as sessões, auxiliando a técnica na dinamização das mesmas.

Esta atividade serviu um pouco de base para as competências trabalhadas ao longo das sessões de Psicomotricidade, uma vez que, de acordo com as possibilidades, as competências trabalhadas nestas sessões (quintas-feiras) foram reforçadas de um modo diferente na sessão de Psicomotricidade seguinte (sextas-feiras). Deste modo, foi bastante importante a participação da estagiária nas mesmas, na medida em que houve um maior seguimento e reforço das competências trabalhadas. Foi especialmente importante, uma vez que apenas uma sessão de TCS por semana seria insuficiente e assim, de certa forma, foi reduzido o impacto negativo de um número reduzido de horas para esta intervenção.

(4) Atelier de Arte

Esta atividade era essencialmente uma atividade em que os clientes eram orientados para a expressão de modo não-verbal, mais propriamente através do desenho, pintura e expressão plástica. Apesar de orientados, os clientes tinham liberdade de expressão. Este tipo de expressão tinha como objetivo facilitar a comunicação, a expressão emocional significativa, bem como aprofundar o conhecimento interno, libertando a capacidade de pensar e a criatividade.

Para além disso, era também promovida a experimentação de diversas formas de expressão, nomeadamente, pintura a carvão, pintura a óleo, pintura em acrílico, pintura com pinceis, pinturas com as mãos, entre muitas outras.

Nestas sessões, a realização de cada trabalho (desenho, pintura, etc.) era promovido um momento de reflexão acerca do que foi realizado, do que isso significou para o cliente, de como isso o fez sentir, de modo a fazer o cliente pensar e falar sobre o assunto. No entanto, esta reflexão nunca era forçada, ou seja, o cliente só falava se se sentisse à vontade e em condições para tal.

Estas sessões eram dinamizadas por uma voluntária com formação em Arteterapia, e tinham a duração de cerca de 3 horas, uma vez por semana. Como o grupo era demasiado para conseguir trabalhar dentro de uma sala, tinha que ser dividido em 2 grupos mais pequenos, que ficavam cada um em sua sala a fazer tarefas diferentes. Depois de o grupo que estava com a voluntária ter terminado, os grupos trocam de salas e, consequentemente, de tarefas.

A estagiária teve oportunidade de observar algumas destas sessões e de intervir em conjunto e com as orientações da voluntária. Uma vez que o grupo se tinha que dividir em dois, esta intervenção por parte da estagiária foi positiva, uma vez que desta forma podia estar uma técnica em cada sala, a acompanhar cada grupo.

(5) Atividades da Vida Diária (AVD's)

Estas sessões tinham como objetivo trabalhar as competências dos clientes ao nível das atividades da vida diária (autocuidado, alimentação, higiene pessoal, tratamento da roupa, etc.), ou seja, atividades orientadas para o cuidado do próprio indivíduo para com o seu próprio corpo, e que são fundamentais para viver no mundo social, permitindo a sobrevivência básica e o bem-estar, de modo que estes se tornem o mais autónomos possível, para caminharem para uma vida cada vez mais independente.

Estas sessões eram constituídas por momentos teóricos, mas essencialmente por momentos práticos, em que os clientes experimentavam todas as competências ao nível das AVD's (passar a ferro, separar a roupa para lavar, por a máquina da loiça a lavar, coser um botão, entre outras coisas). Na grande maioria das sessões, era fornecido aos clientes um suporte em papel, de modo que estes conseguissem fazer um melhor

seguimento das sessões e para que pudessem rever algumas questões sempre que necessitassem.

Estas sessões eram dinamizadas pela Animadora Sociocultural do FSO Lisboa, e tinham a duração de uma hora, uma vez por semana. A estagiária participou em praticamente todas as sessões, em conjunto com a técnica, auxiliando mais ao nível da prática, do treino das AVD's.

(6) Atelier de Culinária

Nestas sessões os clientes aprendiam a elaborar receitas simples e saudáveis, nomeadamente, sobremesas, sopas, pratos principais, entre outras coisas. A elaboração destas receitas implicava que o cliente adquirisse conhecimentos básicos, como: lavar, descascar e cortar legumes, ligar o forno e o fogão, saber qual a diferença entre cozer, grelhar, fritar, assar, estufar, saber quando a comida está cozinhada, entre outros conhecimentos essenciais.

Estes conhecimentos eram trabalhados através de sessões totalmente práticas, em que os clientes em grupo experimentavam todas as competências acima referidas. Havia necessidade de uma grande orientação por parte da técnica, uma vez que se tal não acontecesse havia clientes que nunca participavam e ficavam apenas a ver os outros participar, tendo uma participação mais passiva. Assim sendo, o que se pretendia é que todos os clientes tivessem uma participação ativa, de modo a conseguirem trabalhar todas as competências em que apresentam mais dificuldades.

Uma vez que as condições da cozinha do FSO Lisboa não eram as melhores, pois o espaço era muito reduzido para um grupo tão grande, o grupo que participava tinha que se inscrever previamente, podendo haver um máximo de 8 clientes por sessão. A inscrição para este atelier eram feitas na reunião de grupo, e os clientes que participam não devem ser os mesmos de semana para semana, de modo a dar oportunidade de todos participarem.

Geralmente, depois da confeção dos alimentos, o grupo que participava nas sessões provava aquilo que tinha confeccionado, para conseguirem ver se realizaram um bom trabalho ou não.

Nas épocas festivas, aquilo que se confeccionava era alusivo à época. No Natal foram feitos bombons, biscoitos e compotas para ser vendidos na Feira de Natal. Na Páscoa houve a visita de um pasteleiro de profissão que foi ensinar os clientes a fazer folares.

Esta atividade era dinamizada pela Animadora Sociocultural, e tinha a duração média de 2 horas, uma vez por semana. A estagiária teve uma participação ativa nestas sessões, colaborando com a técnica em tudo o que era necessário.

(7) Reunião de Grupo

Esta reunião era um momento, no início da semana, em que os clientes tomavam conhecimento de questões de organização geral, de atividades que iriam realizar-se, bem como de possíveis alterações no programa de atividades para a semana. Os clientes tinham também oportunidade para colocar dúvidas e questões que precisassem de ver esclarecidos, assim como dar conhecimento de algo. Era então um momento de partilha de ideias e informações entre técnicos e clientes, em que era dado conhecimento de informações com interesse para o grupo.

Era também nestas reuniões que se elegiam os responsáveis do mês (todos os meses haviam dois clientes que tinham como tarefas verificar se as casas de banho estão em condições, perguntar aos técnicos se está na hora das atividades e chamar os colegas para as mesmas, entre outras coisas). Estes responsáveis eram também alvo de avaliação por parte dos colegas, e esta avaliação decorria também durante estas reuniões. Os clientes com melhor avaliação recebiam um prémio/compensação no final do ano.

Estas reuniões contavam com a presença da equipa técnica (as que estivessem presentes) e do grupo de clientes. Eram reuniões com aproximadamente uma hora, uma vez por semana (segunda-feira).

A estagiária participou nestas reuniões, como membro integrante da equipa técnica, uma vez que esta participava na maioria das atividades do grupo.

7. Dificuldades e Limitações

No decorrer do estágio foi possível encontrar algumas dificuldades e limitações. Ao nível da intervenção no geral, a flutuação da amostra, sendo este um grupo aberto, em que ocorrem constantes entradas/admissões e saídas do programa do FSO, e sendo que as presenças nas atividades não são de carácter obrigatório, foi um factor que condicionou a intervenção, na medida em que o grupo de intervenção variava quase de sessão para sessão.

No que se refere ao grupo de Intervenção em Ginásio, pode dizer-se que o facto de a dimensão ser um pouco elevada (média de 13 clientes por sessão) num espaço relativamente reduzido, pode ter influenciado os resultados, uma vez que dificultava a intervenção da estagiária. A falta de motivação de alguns clientes para as atividades foi também um factor que influenciou a intervenção, uma vez que se torna muito mais difícil trabalhar num grupo em que não estão todos direccionados para o mesmo, podendo surgir conflitos e desentendimentos entre colegas. Esta falta de motivação era mais notória num número reduzido de clientes, mas aumentava em momentos menos dinâmicos, como era o caso da avaliação inicial e final, em que os clientes tinham que realizar tarefas mais formais. Ainda no que diz respeito à intervenção em contexto de ginásio, pode dizer-se que a falta de material (na academia de fitness e artes marciais o material existente era apenas material de luta, de modo que não tínhamos nenhum material de que pudéssemos usufruir) também condicionou o planeamento das atividades. Se tivesse havido acesso a uma maior variedade de materiais, talvez pudessem ter sido atividades mais elaboradas e específicas. Além disso, a este nível havia ainda mais uma limitação, nomeadamente ao nível das condições, essencialmente para a realização do retorno à calma, uma vez que muitas das vezes estavam a decorrer treinos de luta mesmo no ginásio ao lado (que não tinha qualquer divisória) e o nível de ruído era elevado, o que impediu os clientes de se concentrarem naquilo que lhes era pedido.

No que toca à Intervenção em Meio Aquático, pode considerar-se como limitação o facto da atividade contar com a presença de um número reduzido de clientes, o que por vezes dificultava a elaboração de atividades em grupo (jogos, etc.), que tinham como objetivo a promoção de competências ao nível do comportamento em grupo/comunidade (trabalhar em equipa, cumprimento de regras, esperar pela sua vez, melhorar o espírito de equipa, etc.). Ainda relativamente à intervenção neste contexto, o facto de muitas das vezes nos ser disponibilizada apenas uma pista da piscina, limitou a intervenção ao nível de um trabalho mais personalizado/individual. Se a intervenção ocorresse num espaço mais amplo, uma das técnicas poderia ter feito intervenção dentro de água, de modo a dar um apoio mais individualizado quando necessário. Assim sendo, tal não foi possível, e a intervenção teve que ser dinamizada pela técnica e pela estagiária do lado de fora da piscina, de modo a conseguirem uma visão mais geral de todo o grupo.

Outra dificuldade que se verificou ao nível do planeamento das atividades, tanto em contexto de ginásio como em meio aquático, foi o facto de os clientes apresentarem capacidades bastantes distintas, sendo complicado realizar uma atividade que fosse ao encontro das necessidades de todo. Esta dificuldade foi mais notória no planeamento das atividades para as sessões em meio aquático.

Ao nível da Avaliação, o elevado número de instrumentos de avaliação pode ter sido uma condicionante, tanto para a estagiária como para os clientes. Para a estagiária porque, desta forma tornou-se mais complicado organizar as áreas fracas, intermédias e fortes, de modo a conseguir definir objetivos e planejar a intervenção. Para os clientes foi uma limitação, uma vez que, o elevado número de instrumentos para preencher foi um factor de desmotivação, uma vez que estes eram momentos mais formais, em que os clientes não podiam realizar atividades mais dinâmicas. Ainda a este nível, pode dizer-se que o facto de algumas das escalas (nomeadamente a SECHS - Sistema de Avaliação Comportamental da Habilidade Social e a Checklist de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais) terem sido preenchidas pelos próprios clientes foi uma limitação, sendo que teria sido mais fiável, se para além dos clientes, também um dos técnicos tivesse preenchido estes instrumentos. Desta forma, poderia ter sido realizada uma comparação entre a resposta dos clientes e a do técnico, que daria um resultado muito mais real do que sendo apenas preenchidos pelos clientes. Para além disso, a LOFOPT apresenta ainda outra limitação, que está relacionada com o tipo de escala. A escala deste instrumento varia entre -3 e +3, ou seja, é uma escala bipolar, o que poderá ser uma limitação na análise dos resultados.

Outra limitação relativa aos instrumentos com escala de 1 a 5 é o facto de alguns clientes terem tendência a assinalar o 3 (ponto médio) como resposta, o que revela alguma falta de interesse no preenchimento dos instrumentos. Desta forma, seria mais fiável se os instrumentos tivessem uma escala com número par (4 ou 6), para que os clientes tivessem que se posicionar num dos pólos.

Ao nível da intervenção, outra limitação verificou-se ao nível da análise dos dados com a utilização do *software* estatístico SPSS, na medida em que a estagiária não dominava a sua utilização. Esta dificuldade foi colmatada com a ajuda da professora orientadora do estágio.

O reduzido tempo de intervenção, uma vez que o estágio começou já bastante atrasado, pode também ter sido uma limitação, nomeadamente ao nível dos resultados da intervenção, uma vez que praticamente não se verificaram diferenças significativas entre a avaliação inicial e a avaliação final.

IV. Conclusão e Perspetivas para o Futuro

As expectativas em relação à realização deste estágio eram bastante elevadas, na medida em que a população e as áreas de intervenção convergiam com aquelas que pensava serem as minhas áreas de interesse, sentindo assim uma grande curiosidade relativamente às mesmas. Após a conclusão deste estágio, posso dizer que as expectativas foram superadas. Esta foi uma experiência bastante positiva, que me enriqueceu bastante, tanto a nível profissional como a nível pessoal. Pode dizer-se então que “cresci” muito enquanto pessoa.

Esta experiência permitiu-me ter contacto com uma população nova, sendo que, apesar da grande curiosidade sentida a este nível, nunca tinha contactado com este tipo de população. As áreas de intervenção convergiam com algumas já trabalhadas no contexto do estágio realizado no âmbito da licenciatura em Reabilitação Psicomotora, onde tive oportunidade de trabalhar ao nível do treino das competências sociais em jovens com DID e também com problemas de comportamento.

Tal como o contacto com este tipo de população, também o contato e articulação com outros profissionais foram uma vantagem no que diz respeito à aquisição de estratégias de relacionamento com os clientes, como também relativamente à aquisição de

estratégias de relacionamento com os outros profissionais, uma vez que neste tipo de estrutura é essencial a articulação entre os profissionais que constituem a equipa, para que haja um bom funcionamento do serviço.

Ao longo da intervenção, e com o surgimento de dificuldades e obstáculos, tive oportunidade de desenvolver estratégias para lidar com as mesmas, de modo a facilitar a intervenção.

Penso que tenha sido também uma mais-valia a participação nas reuniões de equipa técnica, na medida em que me permitiu sentir como parte integrante da equipa, apesar de ser apenas uma estagiária, permitindo-me também inteirar de questões do funcionamento geral que julgo serem importantes para um profissional nesta área.

O facto de ter sido orientada por uma técnica da área da Psicomotricidade foi também uma vantagem, na medida em que tive um melhor apoio e orientação, tendo tido assim oportunidade de debater ideias e estratégias ao nível da intervenção psicomotora. Para além da técnica de Psicomotricidade, senti sempre um grande apoio por parte das restantes técnicas que faziam parte da equipa, sendo que estas me tentaram dar o máximo de oportunidades de aprendizagem possíveis. Assim, apesar de ter ficado apenas responsável pela atividade de Psicomotricidade e da Intervenção em Meio Aquático (esta última em conjunto com a técnica de Psicomotricidade), sinto que tive muito mais oportunidades de aprendizagem, ao participar ativamente nas restantes atividades que constituem o programa de atividades do fórum. Senti-me então como um elemento bastante presente em toda a dinâmica do FSO Lisboa. De um modo geral, na associação todos me receberam bem, mostraram-se sempre disponíveis e passaram a contar comigo como fazendo parte da equipa, contando comigo para ajudar em outras atividades (ateliers, festas, etc.).

Assim, como aspeto positivo deste estágio posso apontar o facto de me ter sido possível (e essencial para a intervenção) experienciar uma relação empática com a maioria dos clientes, assim como com a equipa técnica do FSO Lisboa.

Um dos aspetos que aponto como sendo negativo, é o facto de não existir material para intervenção em contexto de ginásio. No futuro, penso que seria importante investir em algum material simples, de modo que pudessem ser realizadas algumas atividades da melhor maneira.

No futuro, e visto que os resultados da intervenção não revelaram diferenças significativas, seria importante haver uma continuidade na intervenção, uma vez que, muitas vezes, no primeiro momento de avaliação após intervenção, não se verificam alterações significativas. Contudo, após um segundo momento de intervenção, as alterações (melhorias) começam a surgir aos poucos. Para isso seria então necessário mais uns meses de intervenção, seguidos de um novo momento de avaliação, até porque os clientes precisam de um determinado período de tempo para interiorizar determinadas competências.

Em suma, posso dizer que este estágio foi uma experiência muito marcante e gratificante para mim, tanto a nível profissional como pessoal, não tanto pela aplicação prática dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso, mas essencialmente pela aproximação à prática profissional. Sinto que ganhei muito mais confiança e segurança na realização do meu trabalho, apesar de sentir que ainda há muito para aprender, e que este foi apenas um ponto de partida daquilo que gostava que fosse um futuro enquanto Psicomotricista.

V. Referências Bibliográficas

- Afonso, P. (2002). *Esquizofrenia – conhecer a doença*. (2ª edição). Lisboa. CLIMEPSI.
- Aguglia E., De Vanna M., Onor M.L., & Ferrara D. (2002). Insight into persons with schizophrenia: Effects of switching from conventional neuroleptics to atypical antipsychotics. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 26, p.1229-1233.
- Almeida, G. (2006). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental infantil. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 6.
- Alves, A., & Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicas da saúde mental. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 28 (2), p.127-131.
- Amell, R. & Llandrich, J. (2008). Validity of a social skills training program for schizophrenic patients. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 36 (3), p.123-132.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: CLIMEPSI.
- American Psychiatric Association (APA). (2013a). Disruptive mood dysregulation disorder. *DSM-5 Development*. Acedido em Janeiro, 25, 2014, em <http://www.dsm5.org/Documents/Disruptive%20Mood%20Dysregulation%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013b). Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Acedido em Janeiro, 25, 2014, <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
- American Psychiatric Association (APA). (2013c). Personality disorders. *DSM-5 Development*. Acedido em Janeiro, 25, 2014, em <http://www.dsm5.org/Documents/Personality%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf>
- Antunes, C. & Felisberto, I. (2008). *Relatório de estágio 2005/2006*. Licenciatura em Educação Especial e Reabilitação. Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa. (não publicado).
- Anxiety and Depression Association of America (ADAA). (2010). Understanding the facts of anxiety disorders and depression is the first step. *Anxiety and Depression Association of America (ADAA) Web site*. Acedido em Janeiro, 25, 2014, em <http://www.adaa.org/understanding-anxiety>
- Araya, R., Lewis, G., Rojas, G., & Fritsch, R. (2003). Education and income: which is more important for mental health? *Journal Epidemiol Community Health*, 57, p.501-505.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2011). *Regulamento profissional dos psicomotricistas portugueses*. Lisboa
- Associação para a Inclusão e Apoio ao Autista (AIA). (2012). Sobre as perturbações do desenvolvimento. *Associação para a Inclusão e Apoio ao Autista (AIA) Web site*. Acedido em Janeiro, 25, 2014, em http://www.aia.org.pt/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=291&Itemid=209
- Associação de Reabilitação e Integração Ajuda (ARIA). (n.d.). *Associação de Reabilitação e Integração Ajuda (ARIA) Web site*. Acedido em Agosto, 16, 2013, em <http://www.aria.com.pt/index.html>
- Associação de Reabilitação e Integração Ajuda (ARIA). (2012). *Associação de Reabilitação e Integração Ajuda – apresentação*.
- Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger (APSA). (2010). Sobre o síndrome de asperger. *Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger (APSA). Web site*. Acedido em Janeiro, 25, 2014, em <http://www.apsa.org.pt/sa.php>

- Attwood, T. (2006). *A síndrome de asperger: um guia para pais e profissionais*. Lisboa: Verbo.
- Basco, M. R., McDonald, B. S., Merlock, M., & Rush, J. (2004). A cognitive- behavioral approach to treatment of bipolar disorder. *Cognitive Behavioral Therapy*, 23(3), p.25-52.
- Buckley, P.F., Hasan, S., Friedman, L., & Cerny, C. (2001). Insight and schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 42, p.39-41.
- Burton, S. (2006). Symptom domains of schizophrenia: The role of atypical antipsychotic agents. *Journal of Psychopharmacology*, 20(6), p.6-19.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Silglo XXI de Espanha Editores, S.A.
- Caballo, V.E. (2008). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Editora Santos.
- Carneiro, L. (2004). Borderline – No limite entre a loucura e a razão. *Ciências & Cognição*, 3, p.66-68.
- Coelho, C. & Palha, A. (2006). *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Comissão das Comunidades Europeias. (2005). *Livro verde: Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*.
- Coppenolle, H. V., Simons, J., Pierloot, R., Probst, M., & Knapen, J. (1989). The louvain observation scales for objectives in psychomotor therapy. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 6, p.145-153.
- Corrigan, PW. (1991). Social skills training in adult psychiatric populations: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22(3), p.203-210.
- Diniz, C. & Mateus, M. (2008). *Relatório de estágio 2007/2008*. Licenciatura em Reabilitação Psicomotora. Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa. (não publicado).
- Direção Geral de Saúde. (2012). *Reactualização do plano nacional de saúde mental* (Programa Nacional para a Saúde Mental).
- European Forum of Psychomotricity (EFP). (2013). Preamble. *European Forum of Psychomotricity (EFP) Web site*. Acedido em Dezembro, 20, 2013 em <http://psychomot.org/efp/statutes/>
- Fonseca, V. (1996). *Aprender a aprender: a educabilidade cognitiva*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Fonseca, V. (2001). *Cognição e aprendizagem*. Lisboa. Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2001a). Para uma epistemologia da psicomotricidade. In V. da Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em psicomotricidade*, (13-28). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Fonseca, V. (2001b). *Psicomotricidade: perspectivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2007). *Manual de observação psicomotora: significação psiconeurológica dos factores psicomotores*, (2ª edição). Lisboa: Âncora.
- Gabbard, G., Beck, S., & Holmes, J. (2005). *Oxford textbook of psychotherapy*. Oxford University Press.
- Goldstein, A. Sprafkin, R. Gershaw, N., & Klein, P. (1980). *Skill-streaming the adolescent: a structured learning approach to teaching prosocial skills*. Champaign – Illinois: Research Press Company.
- Gresham, F.M. (2009). Análise do comportamento aplicada às habilidades sociais. In: Z.A.P. Del Prette & A. Del Prette (eds.), *Psicologia das habilidades sociais, diversidade teórica e suas implicações*, (17-56). São Paulo: Vozes.

- Hofer, A., Kemmler G., Eder U., Edlinger M., Hummer M., & Fleischhacker W.W. (2004). Quality of life in schizophrenia: The impact of psychopathology, attitude toward medication, and side effects. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, p.932–939.
- Institute on Community Integration (ICI). (2000). About developmental disabilities. *Institute on Community Integration – University Center for Excellence in Developmental Disabilities (ICI) Web site*. Acedido em Janeiro, 25, 2014, em <http://ici.umn.edu/welcome/definition.html>
- Jobe, T.H., & Harrow, M. (2005). Long-term outcome of patients with schizophrenia: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, p.892-900.
- Kurtz, MM. & Mueser, KT. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), p.491-504.
- Lieberman, R. & Martin, T. (n.d.). *Social skills training*. Psychiatric REHAB Program.UCLA Department of Psychiatry & Biobehavioral Sciences. Los Angeles, California
- Loureiro, C. (2011). Treino de competências sociais – Uma estratégia em saúde mental: Conceptualização e modelos teóricos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6, p.7-14.
- Loureiro, C. (2013). Treino de competências sociais – Uma estratégia em saúde mental: Técnicas e procedimentos para a intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9, p.41-47.
- Luz, A. (2012). *Perturbação obsessivo compulsiva e sintomatologia depressiva*. Tese de Mestrado. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Macedo, A., & Pocinho, F. (2007). *Obsessões e compulsões: as múltiplas faces de uma doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Maia, D. (2007). *Psicopatologia das perturbações obsessivo-compulsivas*. Porto: Hospital de Magalhães Lemos.
- Mari, J. J., & Leitão, R. J. (2000). A epidemiologia da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (1), p.15-17.
- Martins, Simões e Brandão (2012). *Regulamento da unidade curricular de ramo de aprofundamento das competências profissionais, 2ºAno*. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.
- Martins, R. (2001a). A Relaxação psicoterapêutica no contexto da saúde mental – o corpo como ponto entre a emoção e a razão. In Fonseca, V. Martins, R. (eds.), *Progressos em Psicomotricidade*, (95-108). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2001b). Questões sobre a identidade da psicomotricidade: As práticas entre o instrumental e o relacional. In V. da Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em psicomotricidade*, (29-40). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Martins, R. (2005). Corpo e motricidade na construção da identidade. In D. Rodrigues (eds.), *O Corpo que (des)conhecemos*, (219-247). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Matos, M. G. (Org.) (1997). *Manual do programa de promoção de competências sociais*, (2ª edição revista). Lisboa: Programa de promoção e educação para a saúde (PPES)/ME.
- Matos, M. (1998). *Comunicação e gestão de conflitos na escola*. Cruz-Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Matos, M., Bragança, M., Sousa, R. (2003). *Esquizofrenia de A a Z*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Matos, P. (2009). Perturbações do desenvolvimento infantil – Conceitos gerais. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, p.669-676.
- Matta, A., Yates, D.B., Silveira, P.G., Bizarro, L., & Trentini, C.M. (2010). Intervenções cognitivo-comportamentais no transtorno de humor bipolar. *Revista Internacional de Psicologia*, 44 (3), p.432-441.
- Maximiano, J. (2004). *Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria*. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1 (2), p.85-95.

- McNary, S. (2003). *Behavioral generalization and cognition in social skills training for people with schizophrenia*.
- Meireles, L.P., & Cameirão, M.L. (2005). As perturbações afetivas: Perturbações bipolares. *Psicologia.pt – O Portal dos Psicólogos*. Acedido em Janeiro, 25, 2014, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0034.pdf>
- Michelon, L., & Vallada, H. (2005). Factores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (1), p.21-27.
- Moreno, R. A., Moreno, D. H., & Ratzke, R. (2005). Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (1), p.39-48.
- Nascimento, D., Carvalho, G., & Costa, R. (2008). *ReabRA: Reabilitação cognitiva através de uma aplicação de Realidade Aumentada*.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (s.d.). Anxiety disorders. *National Institute of Mental Health (NIMH) Web site*. Acedido em Janeiro, 25, 2014 em <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), p.609-615.
- Pearson. (2014). *Beck youth inventories™*. (second edition). Clinical Psychology. Acedido em Janeiro, Setembro, 20, 2013 em <http://www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000153/beck-youth-inventories-second-edition-byiii.html?Pid=015-8014-197#details>
- Probst, M., Knapen, J., Greet, P., & Vancampfort. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: What's in a name?. *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, p.105-113.
- Soares Neto, E.B, Teles, J.B., & Rosa, L.C. (2011). Sobrecarga em familiares de indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38 (2), p.47-52.
- Spence, S.H. (2003). Social skills training with children and young people: Theory, evidence and practice. *Child and Adolescent Mental Health*. (8) 2, p.84-96.
- Rocca, C., & Lafer, B. (2006). Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (3), p.226-237.
- Teixeira, P., (2005). Síndrome de asperger. *Psicologia.pt – O Portal dos Psicólogos*. Acedido em Janeiro, 25, 2014, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0254.pdf>
- Torrey, E.F. (2002). Studies of individuals with schizophrenia never treated with antipsychotic medications: A review. *Schizophrenia Research*, 5, p.101-115.
- Vaz Serra, A. (2001). Prefácio. In A. Macedo, & F. Pocinho (eds.), *Obsessões e Compulsões: as múltiplas faces de uma doença*, (9-12). Coimbra: Quarteto Editora.
- Vieira, J.P. (2009). Psicomotricidade relacional: A teoria de uma prática. *Perspectivas*, 3 (11), p.64-68.
- Walker, E., Kestler, L., Bollini, A., & Hochman, K. (2004). Schizophrenia: Etiology and course. *Annual Review of Psychology*, 55, p.401-430.
- Walker, E., & Tessner, K. (2008). Schizophrenia. *Perspectives on Psychological Science*, 3 (1), p.30-37.
- Wing, J.K., Wing, L. (1982). *Handbook of psychiatry. 3: Psychoses of uncertain etiology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- World Health Organization (WHO). (1999). *Partners in life skills education in schools – Conclusions from a United Nations inter-agency meeting*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (WHO). (2001). *Saúde mental: Nova concepção, Nova Esperança. Relatório Mundial de Saúde*.

- World Health Organization (WHO). (2003). *Social determinants of health: The solid facts*. Copenhagen.
- World Health Organization (WHO). (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório final da comissão para os determinantes sociais da saúde*. Portugal, Organização Mundial da Saúde.

VI. Anexos

Os anexos do relatório encontram-se em suporte digital divididos em pastas.

1. Instrumentos de Avaliação utilizados na Intervenção em Contexto de Ginásio

Os seguintes instrumentos foram utilizados para fazer a avaliação na intervenção em contexto de ginásio e encontram-se em suporte digital na Pasta 1. Instrumentos de Avaliação – Intervenção em Ginásio.

- (1) *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais (Goldstein, 1980 adaptado por Dinis & Mateus, 2007);
- (2) Inventário de Resolução de Problemas Sociais (Dugas, Ladousseur & Freesrton, 1996 traduzido e adaptado por Matos, Simões, Carvalhosa & Reis 1999);
- (3) Sistema de Avaliação Comportamental da Habilidade Social (Caballo, 1987 traduzido e adaptado por Dinis & Mateus, 2007);
- (4) Teste de Assertividade (Cadogan, 1990 traduzido e adaptado por Antunes & Felisberto, 2005);
- (5) Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora – LOFOPT (Coppennolle, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989);
- (6) *Beck Youth Inventories* – Second Edition (Beck et al., 2005);
- (7) Escala de Competências de Comunicação no Relacionamento Interpessoal (Matos, Simões, Carvalhosa & Reis, 1999 adaptado por Antunes & Felisberto, 2005).

2. Instrumento de Avaliação utilizado na Intervenção em Contexto de Meio Aquático

O instrumento utilizado para fazer a avaliação na intervenção em contexto de meio aquático encontra-se em suporte digital na Pasta 2. Instrumentos de Avaliação – Intervenção em Meio Aquático.

- (1) Ficha de Observação – Avaliação Informal (Dinis & Mateus, 2008 adaptado por Carvalho, 2012).

3. Outputs da Avaliação no SPSS

Na Pasta 3. Outputs SPSS encontram-se os outputs obtidos no software estatístico SPSS, onde se procedeu ao tratamento dos dados das avaliações realizadas na intervenção em contexto de ginásio, utilizando os seguintes instrumentos:

- (1) *Checklist* de Aprendizagem Estruturada de Competências Sociais (Goldstein, 1980 adaptado por Dinis & Mateus, 2007);
- (2) Inventário de Resolução de Problemas Sociais (Dugas, Ladousseur & Freesrton, 1996 traduzido e adaptado por Matos, Simões, Carvalhosa & Reis 1999);
- (3) Sistema de Avaliação Comportamental da Habilidade Social (Caballo, 1987 traduzido e adaptado por Dinis & Mateus, 2007);
- (4) Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora – LOFOPT (Coppennolle, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989);
- (5) *Beck Youth Inventories* – Second Edition (Beck et al., 2005);
- (6) Escala de Competências de Comunicação no Relacionamento Interpessoal (Matos, Simões, Carvalhosa & Reis, 1999 adaptado por Antunes & Felisberto, 2005).

4. Planeamentos e Relatórios da Intervenção em Contexto de Ginásio

Os planeamentos e relatórios apresentados em suporte digital são referentes às sessões realizadas em contexto de ginásio na Academia de *Fitness* e Artes Marciais e encontram-se na Pasta 4. Planeamentos e Relatórios – Intervenção em Ginásio.

5. Planeamentos e Relatórios da Intervenção em Meio Aquático

Os planeamentos e relatórios apresentados em suporte digital são referentes às sessões realizadas em meio aquático na Piscina Municipal do Restelo e encontram-se na Pasta 5. Planeamentos e Relatórios – Intervenção em Meio Aquático.

6. Programa de Atividades Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa 2012/2013

O Programa de Atividades do Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa refere às atividades semanais que foram desenvolvidas neste fórum ao longo do ano letivo 2012/2013 e encontra-se em suporte digital na Pasta 6. Programa de Atividades FSO Lisboa.

7. Atividades Complementares

7.1. Atividade de Encerramento do Ano Letivo 2012/2013

A atividade de encerramento do ano letivo 2012/2013 consistiu na realização de um peddy-paper no Parque do Alvito, em Monsanto. Em anexo, na Pasta 7. Atividades Complementares, encontram-se os ficheiros correspondentes a esta atividade – 7.1.1. Peddy-Paper – Ficha de Questões Orientadoras para Clientes, e 7.1.2. Peddy-Paper – Ficha de Questões Orientadoras para Técnicos.

7.2. Exemplo de Sessão Ginástica Mental

A sessão de Ginástica Mental é uma das atividades semanais desenvolvidas com os clientes. Na Pasta 7. Atividades Complementares encontram-se ficheiros referentes a um exemplo de sessão, constituído por uma apresentação em powerpoint (7.2.1. Sessão de Ginástica Mental – Apresentação) e uma ficha para os clientes realizarem (7.2.2. Sessão de Ginástica Mental – Ficha).